

„Betrachtung der Familiendynamik bei ADHS-Kindern aus der  
Geschwisterperspektive“

**D i s s e r t a t i o n**

**zur Erlangung des akademischen Grads**

**Dr. phil.**

**im Fach Rehabilitationspädagogik**

**eingereicht am**

31. März 2016

**an der**

Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin

**von**

Dipl. Rehabilitationspädagogin Anja Birck (geb. Klusmann)

**Datum der Verteidigung**

13. Juli 2016

**Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin**

Prof. Dr. Jan-Hendrik Olbertz

**Dekanin der Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät**

Prof. Dr. Julia von Blumenthal

**Gutachter**

1. Prof. Dr. Bernd Ahrbeck

2. Prof. Dr. Dieter Katzenbach

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
------------------------------------	-----------

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
----------------------------------	------------

<b>1. Einführung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Problemstellung .....	1
1.2 Ziel der Arbeit .....	3
1.3 Vorgehensweise .....	4
<b>2. Die Bedeutung geschwisterlicher Beziehungen für die kindliche Entwicklung .....</b>	<b>6</b>
2.1 Begriffliche Klärung und Definitionen .....	6
2.2 Die Geschwisterbeziehung .....	8
2.2.1 Geschwisterbeziehungen im Wandel .....	9
2.2.2 Forschungsrichtungen und theoretische Ansätze zur Geschwisterbeziehung .....	10
2.2.3 Identifikationsmuster geschwisterlicher Beziehungen .....	11
2.3 Relevante Einflussfaktoren auf die Geschwisterbeziehung .....	13
2.3.1 Alter der Eltern .....	13
2.3.2 Alter und Altersabstand der Geschwister .....	14
2.3.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Geschwistern .....	16
2.3.4 Wohnumgebung, Umfeld und Religion .....	17
2.3.5 Protektive Faktoren .....	17
2.3.6 Weitere Einflussfaktoren auf die geschwisterliche Beziehung .....	18
2.4 Verschiedene Rollen und Funktionen der Geschwisterbeziehungen .....	19
2.4.1 Der Unterstützer .....	19
2.4.2 Der Gehasste .....	20
2.4.3 Der Beneidete .....	20
2.4.4 Der Rivale .....	21
2.4.5 Der Parentifizierte .....	22
2.4.6 Der Sündenbock .....	23
2.4.7 Der Ersatz .....	24
2.4.8 Weitere Rollen und Funktionen .....	25
2.5 Veränderungen der Geschwisterbeziehungen im Laufe des Leben .....	28
2.5.1 Kindheit und Jugendalter .....	29
2.5.2 Frühes und mittleres Erwachsenenalter .....	30
2.5.3 Höheres und hohes Erwachsenenalter .....	32
2.6 Zusammenfassung .....	32
<b>3. Die Lebenssituation von Kindern mit behinderten Geschwistern .....</b>	<b>34</b>
3.1 Die Bedeutung und Entwicklungsaufgaben der Familie .....	35
3.2 Die Situation der Familie mit einem behinderten Kind .....	37
3.2.1 Herausforderungen und Stressoren .....	38
3.2.2 Positive Bewertung und persönliche Bereicherung .....	43
3.2.3 Bewältigung und Ressourcen .....	44
3.2.3.1 Copingstrategien .....	44
3.2.3.2 Ressourcen .....	46

<b>3.3</b>	<b>Besonderheiten von Geschwistern behinderter Kinder .....</b>	<b>48</b>
3.3.1	Belastungen und Risiken.....	48
3.3.2	Positive Bewertung und persönliche Bereicherung.....	51
3.3.3	Bewältigung und Ressourcen .....	52
<b>3.4</b>	<b>Abhängigkeitsvariablen für eine gesunde Entwicklung der Geschwister .....</b>	<b>54</b>
3.4.1	Die Einstellung der Eltern und ihre Beziehung zueinander .....	55
3.4.2	Sozio-kulturelles Umfeld.....	57
3.4.3	Weitere Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Geschwister im Überblick .....	58
3.4.4	Hilfsangebote für die gesunden Geschwister .....	60
<b>3.5</b>	<b>Die Beziehung der Geschwister untereinander .....</b>	<b>62</b>
3.5.1	Rollen, Interaktion, Beziehungsqualität .....	62
3.5.2	Die Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens .....	64
<b>3.6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>65</b>
<b>4.</b>	<b><i>Darstellung des ADHS –Syndroms.....</i></b>	<b>67</b>
<b>4.1</b>	<b>Geschichtliche Entwicklung des Störungsbildes .....</b>	<b>68</b>
<b>4.2</b>	<b>Symptomatik und Klassifikation .....</b>	<b>71</b>
<b>4.3</b>	<b>Komorbidität.....</b>	<b>76</b>
<b>4.4</b>	<b>Epidemiologie .....</b>	<b>78</b>
<b>4.5</b>	<b>Geschlechtsspezifische Aspekte .....</b>	<b>80</b>
<b>4.6</b>	<b>Ätiologie und Pathogenese .....</b>	<b>83</b>
4.6.1	Biomedizinische Modelle.....	83
4.6.2	Biopsychosoziales Modell.....	84
4.6.3	Entwicklungspsychologische Befunde .....	86
4.6.4	Psychodynamische Modelle .....	87
<b>4.7</b>	<b>Interventionen .....</b>	<b>89</b>
4.7.1	Pharmakotherapie .....	90
4.7.2	Psychoedukation und Verhaltenstherapie .....	93
4.7.3	Multimodale Therapie .....	95
4.7.4	Psychoanalytisch begründete Therapie und Prävention .....	100
<b>4.8</b>	<b>Forschungsprojekte zum Thema ADHS und Familie.....</b>	<b>102</b>
4.8.1	Frankfurter Präventionsstudie.....	103
4.8.2	Forschungsprojekt: „Mit Ritalin® leben. Zum Selbstbild von Jungen mit ADHS“ .....	105
4.8.3	Studie: „Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS“ .....	107
4.8.4	Weitere Studien zum Thema „Geschwisterbeziehungen bei Kindern mit ADHS“ .....	108
<b>4.9</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>110</b>
<b>5.</b>	<b><i>Qualitative Untersuchung .....</i></b>	<b>113</b>
<b>5.1</b>	<b>Qualitative Forschung im Überblick.....</b>	<b>113</b>
<b>5.2</b>	<b>Qualitative Methoden in der Kindheitsforschung.....</b>	<b>115</b>
5.2.1	Die kindliche Perspektive.....	116
5.2.2	Probleme und Herausforderungen beim Forschen mit Kindern .....	118
5.2.2.1	Reliabilität und Validität.....	118
5.2.2.2	Bedeutungsäquivalenz .....	119
5.2.2.3	Generationen- und Autoritätsverhältnisverhältnis.....	120

<b>5.3</b>	<b>Methodik der Datenerhebung und -erfassung .....</b>	<b>123</b>
5.3.1	Das Leitfadeninterview .....	123
5.3.2	Der Interviewleitfaden der Studie .....	124
5.3.2.1	Anwendung des Leitfadens .....	126
5.3.2.2	Anpassung des Leitfadens .....	126
5.3.3	Die Stichprobe .....	127
5.3.4	Zugang zum Feld .....	129
5.3.5	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....	129
5.3.6	Statistikbogen .....	135
5.3.7	Die Interviewsituation .....	139
5.3.8	Das Aufnahmegerät .....	139
5.3.9	Transkription .....	140
<b>5.4</b>	<b>Angewendete Auswertungsmethoden .....</b>	<b>141</b>
5.4.1	MAXQDA-Software .....	142
5.4.2	Kontrastive Falldarstellung und Typenbildung .....	143
<b>6.</b>	<b><i>Darstellung und Diskussion der Ergebnisse .....</i></b>	<b><i>144</i></b>
<b>6.1</b>	<b>Kategorie 1: Geschwisterbeziehung.....</b>	<b>145</b>
6.1.1	Beschreibung des Geschwisterkindes .....	146
6.1.2	Positive Aussagen über das ADHS-Geschwisterkind .....	148
6.1.3	Gemeinsame Aktivitäten .....	149
6.1.4	Streit mit dem Geschwisterkind .....	152
6.1.5	Konfliktlösestrategien.....	158
6.1.6	Einfluss von Medikamenten .....	163
6.1.7	Gegenseitige Hilfe.....	165
6.1.8	Sorge um das Geschwisterkind.....	170
6.1.9	Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens .....	175
<b>6.2</b>	<b>Kategorie 2: Beziehung zu den Eltern .....</b>	<b>178</b>
6.2.1	Beschreibung des Verhältnisses zu den Eltern .....	179
6.2.2	Gemeinsame Zeit und Aktivitäten .....	186
6.2.3	Umgang mit Problemen.....	189
6.2.4	Streit mit den Eltern .....	193
6.2.5	Konfliktlösestrategien.....	196
6.2.6	Häusliche Pflichten .....	199
6.2.7	Subjektive Sicht der Familie im Vergleich zu anderen .....	200
6.2.8	Wünsche für die Familie .....	202
<b>6.3</b>	<b>Kategorie 3: Schule und weitere soziale Beziehungen .....</b>	<b>205</b>
6.3.1	Schule .....	205
6.3.2	Freundschaftliche Beziehungen.....	210
6.3.3	Streit und Konfliktlösestrategien mit Freunden .....	220
6.3.4	Weitere Bezugspersonen.....	222
<b>6.4</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse.....</b>	<b>225</b>
<b>7.</b>	<b><i>Kontrastive Falldarstellungen.....</i></b>	<b><i>232</i></b>
<b>7.1</b>	<b>Lara: Die Verständnisvolle / Zurückhaltende .....</b>	<b>232</b>
<b>7.2</b>	<b>Larissa: Die Angepasste / still Leidende .....</b>	<b>244</b>
<b>7.3</b>	<b>Stefan: Der Gelassene / positiv Gestimmte.....</b>	<b>251</b>
<b>7.4</b>	<b>Josy: Das Vorbild / der Helfer .....</b>	<b>260</b>

<b>8. Typenbildung .....</b>	<b>270</b>
8.1 Grundlagen der Typenbildung.....	270
8.2 Typologie der ADHS-Geschwister .....	274
8.3 Zusammenfassung.....	276
<b>9. Fazit und Ausblick .....</b>	<b>280</b>
9.1 Forschungsfragen .....	280
9.2 Kritische Betrachtung der Studie und Hinweise für weitere Forschungen .....	285
 <b>Literaturverzeichnis .....</b>	 <b>287</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>306</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b>	<b><i>Valenz und Readaptationszeit als Dimension von Stressortypen.....</i></b>	<b><i>40</i></b>
<b>Abb. 2:</b>	<b><i>Einflussfaktoren auf die Entwicklung eines Geschwisters eines Kindes mit Behinderung unter Bezug auf den ökosystemischen Ansatz.....</i></b>	<b><i>59</i></b>
<b>Abb. 3:</b>	<b><i>Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV .....</i></b>	<b><i>75</i></b>
<b>Abb. 4:</b>	<b><i>Komorbiditäten bei Kindern mit ADHS in der MTA-Studie .....</i></b>	<b><i>78</i></b>
<b>Abb. 5:</b>	<b><i>ADHS-Diagnosehäufigkeit.....</i></b>	<b><i>80</i></b>
<b>Abb. 6:</b>	<b><i>Prävalenzraten für ADHS in Deutschland bei Jungen und Mädchen in den einzelnen Altersgruppen .....</i></b>	<b><i>81</i></b>
<b>Abb. 7:</b>	<b><i>Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörung .....</i></b>	<b><i>85</i></b>
<b>Abb. 8:</b>	<b><i>Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln... </i></b>	<b><i>91</i></b>
<b>Abb. 9:</b>	<b><i>Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell .....</i></b>	<b><i>130</i></b>
<b>Abb. 10:</b>	<b><i>Verteilung der Stichprobe .....</i></b>	<b><i>136</i></b>
<b>Abb. 11:</b>	<b><i>Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung .....</i></b>	<b><i>140</i></b>
<b>Abb. 12:</b>	<b><i>Quantitative Verteilung der Subcodes zur Kategorie „Geschwisterbeziehung“ ... </i></b>	<b><i>146</i></b>
<b>Abb. 13:</b>	<b><i>Quantitative Verteilung der Subcodes zur Kategorie „Beziehung zu den Eltern“. </i></b>	<b><i>178</i></b>
<b>Abb. 14:</b>	<b><i>Quantitative Verteilung der Subcodes zur Kategorie „Schule und weitere soziale Beziehungen“ .....</i></b>	<b><i>205</i></b>
<b>Abb. 15:</b>	<b><i>Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung .....</i></b>	<b><i>272</i></b>

## Tabellenverzeichnis

<b>Tab. 1:</b>	<b><i>Identifikationsmuster und Beziehungstypen .....</i></b>	<b><i>12</i></b>
<b>Tab. 2:</b>	<b><i>Einflüsse des Altersabstandes von Geschwistern .....</i></b>	<b><i>15</i></b>
<b>Tab. 3:</b>	<b><i>Rollen, Grundmeinungen, Folgen und Komplementärrollen .....</i></b>	<b><i>25</i></b>
<b>Tab. 4:</b>	<b><i>Die Geschwisterbeziehung in den Lebensphasen .....</i></b>	<b><i>28</i></b>
<b>Tab. 5:</b>	<b><i>Stadien der Familienentwicklung .....</i></b>	<b><i>35</i></b>
<b>Tab. 6:</b>	<b><i>Rollenspezifische Konflikte bei Eltern .....</i></b>	<b><i>41</i></b>
<b>Tab. 7:</b>	<b><i>Ebenen von Belastungsfaktoren .....</i></b>	<b><i>42</i></b>
<b>Tab. 8:</b>	<b><i>Positive Erfahrungen von Eltern behinderter Kinder .....</i></b>	<b><i>44</i></b>
<b>Tab. 9:</b>	<b><i>Strategien, Persönlichkeitsmerkmale und Entwicklungsprozesse von Eltern .....</i></b>	<b><i>45</i></b>
<b>Tab. 10:</b>	<b><i>Ressourcen für Geschwister behinderter Kinder .....</i></b>	<b><i>52</i></b>
<b>Tab. 11:</b>	<b><i>Weitere Ansatzpunkte zur Bewältigung .....</i></b>	<b><i>53</i></b>
<b>Tab. 12:</b>	<b><i>Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Geschwister .....</i></b>	<b><i>58</i></b>
<b>Tab. 13:</b>	<b><i>Geschwisterthemen in der Elternberatung .....</i></b>	<b><i>60</i></b>
<b>Tab. 14:</b>	<b><i>Ziele von Geschwistergruppen .....</i></b>	<b><i>61</i></b>
<b>Tab. 15:</b>	<b><i>Symptom-Kriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien) und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV .....</i></b>	<b><i>72</i></b>
<b>Tab. 16:</b>	<b><i>Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS .....</i></b>	<b><i>77</i></b>
<b>Tab. 17:</b>	<b><i>Patientenzentrierte Formen der Intervention .....</i></b>	<b><i>94</i></b>
<b>Tab. 18:</b>	<b><i>Präventive Ansätze für ADHS-typische Verhaltensweisen .....</i></b>	<b><i>101</i></b>
<b>Tab. 19:</b>	<b><i>Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung und deren Erfüllung .....</i></b>	<b><i>134</i></b>
<b>Tab. 20:</b>	<b><i>Ressourcen und Bewältigung .....</i></b>	<b><i>230</i></b>
<b>Tab. 21:</b>	<b><i>Belastungs- und Risikofaktoren .....</i></b>	<b><i>231</i></b>
<b>Tab. 22:</b>	<b><i>Charakterisierung der Geschwistertypen .....</i></b>	<b><i>274</i></b>

## 1. Einführung

### 1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die Anzahl der ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen hat in den letzten Jahren bedeutend zugenommen. Laut des Barmer GEK Arztreports war ein Anstieg der Diagnoseraten von hyperkinetischen Störungen nach ICD-10 zwischen 2006 bis 2011 um 49 % zu verzeichnen. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren erhöhte sich die Rate in diesem Zeitraum von 2,92 % auf 4,14 % und somit um 42 % (Barmer GEK, 2013, 16). Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang der enorm hohe Zuwachs der Behandlung von ADHS-Symptomen mit Amphetaminen wie Ritalin®. In einem Interview der Januar Ausgabe von 2010 der Zeitschrift „Psychologie Heute“ führt der Neurobiologe Gerald Hüther an, dass Schätzungen des International Narcotics Control Board, der Drogenüberwachungsbehörde der UNO, zur Folge, weltweit zehn Millionen Kinder und Jugendliche mit Psychostimulanzien behandelt werden. Davon allein etwa 600.000 Kinder in Deutschland (Hüther & Bonney, 2013, 154). Zu dieser Datenlage gibt es zahlreiche kritische Stimmen, weil es sich bei einer medikamentösen Behandlung oftmals allein um die temporäre Beseitigung von Symptomen handelt, die diese als möglichen Ausdruck unverstandener kindlicher Not nicht dauerhaft lindern bzw. beheben kann. Mal ganz abgesehen von den noch nicht ausreichend bis gar nicht bekannten, eventuellen gesundheitlichen Folgen.

Die Ursache bzw. das Bedingungsgefüge des Störungsbildes werden vielfach kontrovers diskutiert. Die weit verbreitete Meinung, ADHS sei eine organisch bedingte Hirnfunktionsstörung, deren Ausprägungsgrad zwar durch Umweltbedingungen variieren kann, wird anhand diverser Forschungen zunehmend kritisch hinterfragt (z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2006; Ahrbeck, 2007; Hüther & Bonney, 2011; Hopf, 2014). Die genannten Autoren gehen von der Annahme aus, dass ADHS primär auf die Lebens- und Entwicklungsgeschichte der betroffenen Kinder zurückzuführen ist, wobei organische Beeinträchtigungen nicht geleugnet werden. Aufgrund dieser Lebenserfahrungen kommt es dann laut neusten Ergebnissen der Hirnforschung zu Veränderungsprozessen im Gehirn. Deshalb gilt es, den Fokus stärker auf soziale



Beziehungen, Interaktionsmuster sowie die Biographie und das Selbsterleben der Kinder zu richten.

Wissenschaftlich ist inzwischen belegt, dass ADHS nicht nur auf die Entwicklung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen einen bedeutsamen Einfluss hat. Studien zur Folge wirkt sich die Störung auch auf die psychosoziale Situation des familiären und schulischen Umfeldes aus (z. B. Schilling et al., 2006).

In diesem Zusammenhang weisen verschiedene wissenschaftliche Auseinandersetzungen und zahlreiche Literatur darauf hin (z. B. Sohni, 1999; 2004; Frick, 2009 & Kasten, 1993; 1994; 2001; 2003), dass die geschwisterliche Beziehung in vielerlei Hinsicht für die persönliche Entwicklung eines Kindes von großer Bedeutung ist und entscheidend zur Identitätsbildung beiträgt. Weiterhin ist untersucht, dass ein krankes oder behindertes Geschwisterkind das gesunde Kind in hohem Maße beeinflussen kann und ein Zusammenleben nicht ausschließlich mit Risiken, sondern auch mit Chancen für die psychische Entwicklung der Geschwister verbunden ist. Professionelle Unterstützung bieten hier beispielsweise Geschwisterseminare oder Geschwister-selbsthilfegruppen, die nachweislich hilfreich sein können (Winkelheide, 1991; Hackenberg, 1992; 2008; Thimm & Wachtel, 2002 & Achilles, 2013). Dabei ist jedoch eine starke Fokussierung auf körperliche oder geistige Behinderungen erkennbar. Die Geschwisterbeziehung unter Einflussnahme von Verhaltensauffälligkeiten und -störungen, insbesondere von ADHS, fand allerdings bisher in der Wissenschaft wenig Augenmerk und wird, wie die einschlägige Literatur belegt, auch im psychotherapeutischen Kontext nicht hinreichend beachtet (z. B. Schilling et al., 2006).

Die vorliegende Dissertation widmet sich der Geschwisterproblematik bei ADHS-Kindern. Hierzu lieferten z. B. Mash und Johnston (1983), Kendall (1999), Smith et al. (2002) und Schilling et al. (2006) Studienergebnisse, die belegen, dass die Geschwister von ADHS-Kindern die Beziehung als konfliktreich beschreiben, dadurch vermehrt Auffälligkeiten zeigen und somit ggf. auch professionelle Hilfe benötigen. Jedoch ist der Fokus dieser Studien vor allem auf die Beziehung der Geschwister untereinander gelegt, wobei das vertikale Zusammenspiel zwischen Eltern und Kindern weniger im Mittelpunkt steht. Somit wird die Dynamik der Geschwisterbeziehung im Kontext der gesamten Familie kaum oder noch unzureichend erfasst. Das Promotionsvorhaben soll

diesbezüglich eine Lücke schließen, indem es sich mit diesem erweiterten Kontext befasst und eine familiendynamische Betrachtungsweise aus der Geschwisterperspektive erfolgt.

## **1.2 Ziel der Arbeit**

Ziel der Dissertation ist es, mittels eines teilstandardisierten Leitfadeninterviews, Charakteristika der familiendynamischen Situation von Geschwistern ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher aus deren Perspektive herzuleiten, empirisch zu erheben und abschließend zu analysieren sowie Typen zu bilden. Im Rahmen dessen soll es gelingen, subjektive Verarbeitungsmodi und Beziehungserfahrungen der ADHS-Geschwister im Kontext der Familie zu erschließen und diese mit den in der Theorie angeführten Erkenntnissen normaler geschwisterlicher Beziehungen sowie Geschwisterbeziehungen bei einem Kind mit Behinderung in einen Vergleich zu stellen. Ziel ist es zudem, diesbezüglich Unterschiede und Gemeinsamkeiten sowohl innerhalb der Geschwisterbeziehung als auch im Rahmen der Familiendynamik abzuleiten. Zudem sollen Geschwistertypen herausgestellt werden, die sich intern in Bezug auf den Umgang und die Bewältigung stark ähneln und extern im Vergleich eine große Heterogenität aufweisen.

Daraufhin ergeben sich folgende Forschungsfragen, auf die im Rahmen der Studie Antworten gefunden werden sollen:

- Welche subjektiven Verarbeitungsmodi und Beziehungserfahrungen besitzen ADHS-Geschwister im Kontext der Familie?
- In wie weit kann o. g. mit Geschwistern allgemein sowie mit Geschwistern behinderter Kinder in einen Vergleich gestellt werden?
- In wie weit kann auf Grund der Interviewaussagen eine Typenbildung erfolgen?
- Welcher Typus erscheint hilfreich für eine gesunde Entwicklung der Geschwister bzw. welcher zeigt sich eher ungünstig in Bezug auf die psychosoziale Situation der Schwestern und Brüder?

- Für welche Weiterarbeit sind die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Bezug auf den beraterischen, therapeutischen oder schulischen Kontext relevant?
- Welche Konsequenzen können sich aus den Ergebnissen für die oben genannten Kontexte ableiten lassen?

### **1.3 Vorgehensweise**

Die vorliegende Schrift umfasst 9 Kapitel und unterliegt in ihrem Aufbau der klassischen Struktur empirischer Studien. Demzufolge widmet sie sich im ersten Schritt der Konzeptualisierung des theoretischen Bezugsrahmens, woraufhin im zweiten Schritt der Arbeit sowohl der empirische Zugang als auch die Ergebnisse der Studie dargestellt und diskutiert werden.

Sich anschließend an die einleitenden Ausführungen wird im 2. Kapitel der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Geschwisterbeziehung und speziell deren Bedeutung für die kindliche Entwicklung dargelegt. Hierzu erfolgen zunächst eine allgemeine begriffliche Klärung sowie Definitionen. Weiterhin wird sowohl auf Geschwisterbeziehungen im Rahmen des kulturellen und sozialen Wandels eingegangen als auch Forschungsrichtungen und theoretische Ansätze vorgestellt. Zudem liefert die Arbeit einen Überblick der Identifikationsmuster geschwisterlicher Beziehungen und schildert relevante Einflussfaktoren auf die selbigen, wie beispielsweise Altersabstand und Geschlecht. Ebenfalls aufgeführt werden unterschiedliche Rollen und Funktionen von Geschwisterbeziehungen. Das Kapitel schließt mit der Darstellung sich verändernder geschwisterlicher Beziehungen im Laufe des Lebens.

Im 3. Kapitel werden Erkenntnisse zur Situation und Lebensqualität von Familien mit erkrankten oder behinderten Kindern oder Jugendlichen im Allgemeinen berücksichtigt. Zudem Bestandteil ist die Darstellung der besonderen Lebenssituation von Kindern mit behinderten Geschwistern. Im Rahmen dessen erfolgt ein Abriss der Risiken und Chancen der Geschwisterkinder sowie deren Beziehung untereinander, gefolgt von Abhängigkeitsvariablen, die ausschlaggebend für eine gesunde Entwicklung der Schwestern und Brüder sind. Weiterhin wird auf die psychosoziale Situation der

gesunden Geschwister allgemein sowie auf die Situation der Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens eingegangen.

Das 4. Kapitel liefert eine Analyse des aktuellen Kenntnisstandes zu ADHS sowie der wissenschaftlichen Diskussion zu dem Thema. Im Anschluss einer kurzen historischen Einbettung des Störungsbildes erfolgt die Darstellung des Krankheitsbildes sowie die damit verbundene Symptomatik, Klassifikation, Komorbidität und Epidemiologie. Zudem wird Bezug auf besondere geschlechtsspezifische Aspekte der Störung genommen. Im Rahmen des Punktes zur Ätiologie und Pathogenese von ADHS werden unterschiedliche Entstehungsmodelle der Störung angeführt und kritisch betrachtet. In Anknüpfung daran werden diverse, gängige Interventionen zur Behandlung der Krankheit erläutert und diskutiert. Das Kapitel schließt mit der Vorstellung früherer und aktueller Forschungsprojekte zum Thema ADHS und Familie, wodurch die wissenschaftliche Relevanz der im Rahmen der Promotion durchgeführten Studie noch einmal untermauert wird.

Das 5. Kapitel eröffnet den empirischen Teil und skizziert zunächst einen Überblick qualitativer Forschung. Daran anschließend werden Besonderheiten qualitativer Methoden in der Kindheitsforschung angeführt, gefolgt von einer Darstellung der Methodik der Datenerhebung und -erfassung. Weiterhin im Fokus dieses Kapitels steht die ausführliche Dokumentation der angewendeten Auswertungsmethoden.

Die Ergebnisse der Studie werden in Kapitel 6 fallvergleichend mittels der zugrunde liegenden Kategorien vorgestellt und diskutiert.

Anhand von vier kontrastiven Falldarstellungen wird im 7. Kapitel das unterschiedliche Ausmaß geschwisterlicher Bewältigungsstrategien und unterschiedlicher Familiendynamiken am Einzelfall aufgezeigt.

Um im Anschluss in Kapitel 8 eine Typologie von ADHS-Geschwistern zu bestimmen, werden relevante Merkmale und Charakteristika einbezogen, die sinnvolle Muster im Forschungsfeld der Familiendynamik bei ADHS abbilden.

Im Rahmen des anschließenden 9. Kapitels werden die zugrunde liegenden Ergebnisse der Studie hinsichtlich der eingangs bestimmten Forschungsfragen überprüft und diskutiert. Weiterhin erfolgt eine kritische Betrachtung der Studie mit Hinweisen für weitere Forschungen.

## **2. Die Bedeutung geschwisterlicher Beziehungen für die kindliche Entwicklung**

Die geschwisterliche Beziehung hat für den Menschen eine sehr wesentliche Bedeutung und wirkt in hohem Maße auf seine Entwicklung ein. Dieses Kapitel liefert daher eine Darstellung und Auseinandersetzung der Geschwisterbeziehungen in Anlehnung an die Ergebnisse der Geschwisterforschung.

Einleitend erfolgt eine allgemeine Klärung verschiedener Begriffe und Definitionen, die relevant für die weitere Betrachtung dieses Themas sind und zum Verständnis dienen. Daran anschließend wird auf die Entwicklung geschwisterlicher Beziehungen unter Einbezug des soziokulturellen Wandels und der demographischen Lage eingegangen. Zudem bietet das Kapitel einen Überblick relevanter Einflussfaktoren (wie Alter, Geschlecht etc.) auf die Geschwisterbeziehung. Weiterhin wird der Fokus auf diverse Rollen und Funktionen der geschwisterlichen Beziehung gelegt sowie dessen Veränderung im Laufe des Lebens erläutert.

### **2.1 Begriffliche Klärung und Definitionen**

Zunächst wurden die Begriffe „Bruder“ und „Schwester“ im indoeuropäischen Sprachraum als eine „brüderliche“ und „schwesterliche“ Kohärenz innerhalb sozialer Gemeinschaften beschrieben. Erstmals entstand der Begriff „Geschwisterlichkeit“ gemäß einer leiblichen Verwandtschaft von Bruder und Schwester im griechischen Sprachgebrauch. Für leibliche Geschwister liegt ein und dasselbe Wort vor, was sich einzig und allein durch die Endungen für männliche und weibliche Geschwister unterscheiden lässt (Sohni, 2004, 12 f.). Der Begriff für „Bruder“ und „Schwester“ ist folglich vom griechischen „adelphós/adelphi“ abzuleiten, was ins Deutsche übersetzt ausdrückt „demselben Mutterleib entstammend“ (Kannicht, 2000, 59 f.).

Bezogen auf 11 % der Weltbevölkerung existiert keine sprachliche Unterscheidung hinsichtlich dem Geschlecht, die Differenzierung erfolgt ausschließlich in „jüngeres“ bzw. „älteres“ Geschwister. Weniger als 20 % der Weltpopulation verwenden die Begriffe „Bruder“ und „Schwester“ betreffend des Verwandtschaftsverhältnisses

(Kasten, 1993, 8). Innerhalb zahlreicher kultureller Gesellschaften sind neben der genetisch definierten Geschwisterlichkeit auch weitere Kategorisierungen für Geschwisterverhältnisse anerkannt. Hierunter zählt beispielsweise das Anerkennen von Cousins und Cousinen als Geschwister (Sohni, 2004, 13).

Kasten (1993) definiert die Geschwisterbeziehung folgendermaßen: „Mit dem Begriff ‚Geschwister‘ bezeichnet man in den meisten Kulturen und Sprachgemeinschaften Individuen, die über eine (zumindest) teilweise identische genetische Ausstattung verfügen, weil sie dieselbe Mutter/denselben Vater/dieselben Eltern haben" (Kasten, 1993, 8). Weiterhin ist eine klare Abgrenzung geschwisterlicher Beziehungen von der Beziehung zwischen Eltern und Kind und der Beziehung zwischen den Ehepartnern vorzunehmen, gleichwohl auch diese den innerfamiliären Beziehungen zugeordnet werden (ebd., 9). Seinen einzigartigen Charakter erfährt diese Beziehung durch ihre Dauer. Abgesehen von der elterlichen Bindung, endet die Geschwisterbeziehung ebenfalls erst mit dem Versterben eines Geschwisters (Kasten, 1994, 13).

In Anlehnung hierzu nennt Kasten (1998) einige grundlegende Dimensionen einer genauen Analyse des Forschungsstandes, bei denen die Ergebnisse der Geschwisterforscher unterschiedlichster Fachrichtungen konvergieren:

1. Die Geschwisterbeziehung zählt mitunter zu den längsten Beziehungen im Leben eines Menschen.
2. Die Geschwisterbeziehung ist nicht frei wählbar, da man in sie hineingeboren wird. Somit verkörpert diese etwas Schicksalhafteres.
3. Geschwisterbeziehungen bestehen weiterhin fort, sie können auch nicht aufgrund eines Kontaktabbruchs beendet werden.
4. Gesellschaftlich kodifizierte Regeln, die auf den Verlauf und die Ausformung der Geschwisterbeziehung Einfluss nehmen können (Heirat, Taufe, Scheidung etc.), bestehen in unserem Kulturkreis nicht.
5. Unter Geschwistern bestehen unterschiedlich ausgeprägte, ungeschriebene Verbindlichkeiten, die sich anhand von solidarischem, hilfsbereitem und hilfreichem Verhalten charakterisieren lassen.

6. Bedingt durch das gemeinsame Aufwachsen, kann es unter Geschwistern zu einer höchsten Grenze an Intimität kommen, die in keiner anderen Sozialbeziehung erreicht wird.
7. Charakteristisch für die meisten Geschwisterbeziehungen ist eine stark verankerte, oft uneingestandene, emotionale Ambivalenz, die sich im parallelen Vorhandensein von sowohl intensiven positiven Gefühlen (Liebe, Zuneigung) als auch negativen Gefühlen (Ablehnung, Hass) äußert.  
(Kasten, 1998, 150).

Neben den bereits genannten Dimensionen der Geschwisterbeziehungen dürfen andere familiäre Lebensformen, die neue Formen der Geschwisterbeziehungen schaffen, nicht außer Acht gelassen werden (Sohni, 2004, 14). Cierpka (2001) definiert aus einer familiendynamischen Perspektive die Geschwisterbeziehung wie folgt: „Kinder in einer Familie sind Geschwister“ (Cierpka, 2001, 441). Hierbei schließt der Autor die heutigen mannigfachen Geschwisterkonfigurationen ein. Darunter fallen abgesehen von leiblichen Geschwistern (dieselben Eltern) ebenso Halbgeschwister (dieselbe Mutter oder derselbe Vater), Stiefgeschwister (nicht blutsverwandt), Adoptivgeschwister, Pflegegeschwister sowie einer Vielzahl Konfigurationen in Fortsetzung- und Patchworkfamilien, die bislang noch nicht namentlich benannt werden können (Bernstein 1990, zit. nach Jungbauer, 2009, 65).

Der sich anschließende Punkt liefert eine Darstellung geschwisterlicher Beziehungen im Wandel der Zeit und gibt Aufschluss über die Entwicklung sowie die unterschiedliche Position der Geschwister.

## **2.2 Die Geschwisterbeziehung**

Geschwisterbeziehungen sind als sehr komplex zu betrachten, da sie zum einen durch vertikale Beziehungen zu beiden Eltern und zum anderen durch horizontale Beziehungen zueinander geprägt sind. Wie bereits im vorherigen Abschnitt dargestellt, hat der soziokulturelle Wandel zu einer Schaffung neuer Formen der Geschwisterbeziehungen geführt. Zudem hat dieser außerdem zu einer nicht

unwesentlichen Änderung der demographischen Lage von Geschwistern beigetragen, was im nun folgenden Punkt nähere Erläuterung findet. Weiterhin wird Bezug auf die unterschiedlichen theoretischen Modelle der Geschwisterforschung genommen.

### **2.2.1 Geschwisterbeziehungen im Wandel**

Die Familienrealität hat in den vergangenen Jahrzehnten einen gravierenden Wandel vollzogen. Rückblickend auf zwei oder drei Generationen vor unserer Zeit, zählten Familien in Deutschland nicht selten sechs oder mehr Kinder. Beispielsweise hatte zwischen 1850 und 1874 in Deutschland jede Frau im Durchschnitt 4,5 Kinder (Nipperdey, 1993). Zu Beginn der 60er Jahre waren es lediglich durchschnittlich 2,5 Kinder (Statistisches Bundesamt 2007, 16). Bereits 1995 konnten in Deutschland etwa 50 % aller Familien (einschließlich Alleinerziehende) nur noch ein Kind zählen, ca. 38 % der Familien zwei Kinder und etwa 12 % der Familien kamen auf drei oder mehr Kinder (Engstler, 1999, zit. nach Sohni, 2004, 15). Es muss jedoch beachtet werden, dass nicht jedes zweite Kind ein Einzelkind ist, da sich der Mikrozensus lediglich nach der aktuellen Struktur der Familie richtet und die Zahlen nur Angaben zur momentanen Situation der Familie liefern (Sohni, 2004, 15). In Anlehnung an die Statistik waren 1996 in Deutschland im Höchstfall 19 % der Kinder Einzelkinder (Engstler, 2001, zit. nach Sohni, 2004, 15).

Weiterhin Beachtung findet neben der zurückgehenden Anzahl der Geschwisterkinder die Veränderung familiärer Rollen und Verpflichtungen. In früherer Zeit wurde vermehrt Wert auf Gehorsamkeit und Mithilfe im Haushalt gelegt, da den Eltern im Alltag oft wenig Zeit blieb. Zudem wurde erwartet, dass ältere Geschwister eine Art Vorbildfunktion für ihre jüngeren Geschwister einnehmen und somit schon früh Verantwortung aufgetragen bekamen (Kasten, 2003, 7 ff.).

Die Veränderung der Geschwisterbeziehungen sowie das Sinken der Geschwisteranzahl sind nach allgemeiner Meinung auf den rapiden soziokulturellen und demographischen Wandel zurück zu führen. Im Jahr 2006 waren pro Familie nur noch durchschnittlich 1,3 Kinder üblich (Statistisches Bundesamt, 2007, 16).



Außerdem geht der Trend hin zu verschiedenen Formen von Geschwistern, wie Adoptiv-, Halb- oder Stiefgeschwistern, da Kinder in Anbetracht der hohen Scheidungsraten vermehrt in sogenannten „Patchworkfamilien“ aufwachsen.

Im Hinblick auf die Tatsache, dass Geschwister divergierenden Alters verschiedene Institutionen (z. B. Kita, Schule) besuchen und in unterschiedliche Freizeitaktivitäten eingebunden sind, verbringen sie weniger Zeit miteinander. Im Gegensatz dazu wird davon ausgegangen, dass Geschwistern früher vielfach eine engere emotionale Bindung gelang, da sie den Alltag häufiger miteinander teilten.

Abgesehen von den eben genannten Veränderungen geschwisterlicher Beziehungen im Laufe der Zeit, bleiben jedoch bestimmte Aspekte, wie sowohl die lebenslange Bindung als auch die Tatsache, dass es nicht möglich ist, sich die Geschwister auszusuchen, über die Generationen hinweg gleich (Kasten, 2003, 7 ff.). Dies lässt die deutliche Relevanz des Themas aufgrund des großen Einflusses dieser Beziehung für die menschliche Entwicklung hervorheben und stellt somit ein wichtiges Forschungsgebiet dar.

Im Rahmen des folgenden Punktes wird daher auf die verschiedenen Forschungsperspektiven und theoretischen Ansätze zur Geschwisterbeziehung eingegangen.

### **2.2.2 Forschungsrichtungen und theoretische Ansätze zur Geschwisterbeziehung**

In Anbetracht der sich häufenden Literatur zum Thema „Geschwisterbeziehungen“ ist eine hohe Relevanz dieses Themas für die individuelle Entwicklung eines Menschen nicht von der Hand zu weisen. Entgegen dieser Tatsache, wurde der Geschwisterbeziehung in der Sozialisationsforschung in den letzten Jahrzehnten eine eher marginale Bedeutung zugeschrieben. Eltern-/Kind- oder Paarbeziehungen ist hingegen deutlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet worden.

Dies ist vermutlich unter anderem darauf zurück zu führen, dass Geschwisterbeziehungen als besonders komplex und vielfältig anzuerkennen sind, da sie sowohl horizontal (auf der Kinderebene) als auch vertikal (auf der Elternebene) interagieren und sich gegenseitig beeinflussen (Sohni, 1999, 8). D. h. Eltern wirken auf

die Geschwisterbeziehung wesentlich ein und Geschwister dagegen prägen in aktiver Form das Verhalten ihrer Eltern (Cierpka, 2001, zit. nach Sohni, 2004, 24). Hieraus resultieren wiederum erschwerte forschungsmethodische Bedingungen.

Ein weiterer Punkt ist laut Sanders (2004) der große Einfluss kultureller Gegebenheiten auf die Geschwisterbeziehung. Bislang sind den westlichen Kulturen die meisten Forschungsbemühungen zur eigenen Kultur zuzuschreiben. Eine Vielzahl weiterer Kulturen und deren Unterschiede konnte somit nicht einbezogen werden (Sanders, 2004).

Zur weiteren Verdeutlichung geschwisterlicher Beziehungen erfolgt im nächsten Punkt die Auflistung verschiedener Identifikationsmuster, denen unterschiedliche Typen von Geschwisterbeziehungen zugeordnet werden.

### **2.2.3 Identifikationsmuster geschwisterlicher Beziehungen**

Stützend auf diverse Fälle aus der Praxis haben die amerikanischen Familientherapeuten Bank und Kahn (1994 & 2003) verschiedene Typen geschwisterlicher Beziehungen zur Darstellung gebracht, die wiederum drei Identifikationsmustern zugewiesen werden können:

- Enge Identifikation, d. h. Geschwister erleben sich nur in wenigen Bereichen als unterschiedlich, sondern ähneln sich sehr.
- Teilidentifikation, d. h. in gewissen Aspekten haben Geschwister das Gefühl sich zu ähneln, in anderen jedoch auch nicht.
- Distanzierte Identifikation, d. h. Geschwister erleben sich in erster Linie als sehr verschieden.

In Anlehnung an die o.g. drei Identifikationsmuster, stellen Bank und Kahn (1994 & 2003) acht unterschiedliche Geschwisterbeziehungstypen dar, die in der folgenden Tabelle im Überblick dargestellt werden. Eine Erläuterung finden diese jeweilig anhand eines Kernsatzes, der sowohl die Identifikation der Geschwister als auch die erfahrene Nähe bzw. Distanz skizziert. Intensive wie auch distanzierte Identifikationsmuster sind

oftmals reglos und unflexibel. Weiterhin ist es möglich, dass sie zu einer eingeschränkten Entwicklung der Geschwister führen können. Die Teilidentifikation hingegen wird als günstiger bewertet, da es den Geschwistern hierbei ermöglicht wird, aufgeschlossener in Bezug auf eigene Veränderungen zu sein sowie Spielräume für die Fortentwicklung ihrer Beziehung aufzuzeigen (Jungbauer, 2009, 59 f.).

Die nun folgende Tabelle soll eine Reflexion der Geschwisterbeziehungen anregen und sich insbesondere für die Beratungspraxis als hilfreich darstellen.

**Tab. 1: Identifikationsmuster und Beziehungstypen**

Identifikation	Beziehungstyp	Kernsatz
eng	symbiotisch	Wir sind gleich. Es gibt keine Unterschiede.
	Verschmelzung	Ich weiß nicht genau, wer ich eigentlich bin. Vielleicht bin ich ja wie du.
	Idealisierung	Ich bewundere dich so sehr, dass ich sein will wie du.
teilweise	gegenseitig abhängig	Wir sind uns in vieler Hinsicht ähnlich. Wir werden uns immer brauchen und füreinander sorgen, trotz aller Unterschiede.
	konstruktiv und dynamisch-unabhängig	Wir sind uns ähnlich, aber auch verschieden. Das ist eine Herausforderung und gibt uns beiden die Chance zu wachsen.
	destruktiv und feindselig-abhängig	Wir sind in vieler Hinsicht verschieden. Wir mögen uns nicht besonders, aber irgendwie brauchen wir uns trotzdem.
distanziert	Abgrenzung	Du bist ganz anders als ich. Ich will nicht von dir abhängig sein und nie so werden wie du.
	Verleugnung	Wir sind absolut verschieden. Ich brauche dich nicht, ich mag dich nicht und es ist mir egal, ob wir uns wiedersehen oder nicht.

Quelle: In Anlehnung an Bank und Kahn (1994, zit. nach Jungbauer, 2009, 60).

## **2.3 Relevante Einflussfaktoren auf die Geschwisterbeziehung**

Eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren nimmt großen Einfluss auf die Beziehungsmuster innerhalb einer Familie. Insbesondere die geschwisterliche Beziehung ist geprägt von einer Diversität an Kriterien, die hochgradig relevant für dieses besondere familiäre Verhältnis sind und es in vielerlei Hinsicht beeinflussen.

Anzumerken sei jedoch die Erschwernis einer nahtlosen Trennung der Einflussfaktoren auf die Geschwisterbeziehung, da diese sich stetig gegenseitig bedingen bzw. in Interaktion miteinander stehen.

Im Folgenden werden mögliche Einflussfaktoren genannt, die zur Veranschaulichung dienen und auf relevante Punkte hinweisen sollen.

### **2.3.1 Alter der Eltern**

Von nicht unwesentlicher Bedeutung ist sicherlich der Alters- und Lebensabschnitt, indem Eltern ihre Kinder bekommen. Beispielsweise besteht ein Unterschied, ob eine ungewollte Schwangerschaft mit 18 Jahren eintritt oder der Entschluss nach reiflicher Überlegung und längerer beruflicher Tätigkeit gefasst wird. Eine noch sehr junge Mutter könnte die Geburt eines Kindes möglicherweise als eine große Beeinträchtigung ihres Lebens sehen, da sie sich selber noch in der Phase der Adoleszenz befindet und eigene Wünsche erst einmal zurückstellen muss. Eine deutlich ältere Mutter hingegen hat diesen Schritt vielleicht gut überlegt und plant nun mit ihrem Wunschkind einen neuen Lebensabschnitt, das zur Zufriedenheit in diesem verhelfen soll. Damit einher, gehen oftmals bestimmte Erwartungen an das Elternsein. Die Zeit mit dem Kind und dessen Entwicklungsschritte wollen möglichst intensiv genutzt werden (Frick, 2009, 101 f.). Für Väter lässt sich weitgehend Gleiches annehmen.

Weiterhin spielt sowohl der Altersabstand als auch das Geschlecht eine wesentliche Rolle für die Geschwisterbeziehung und findet im folgenden Punkt nähere Erläuterung.

### 2.3.2 Alter und Altersabstand der Geschwister

Der Tiefenpsychologe Alfred Adler gilt als Pionier der Geschwisterforschung und erscheint in diesem Zusammenhang wichtig genannt zu werden. Er ging davon aus, dass die Position der Kinder in einer Familie ihre Entwicklung im hohen Maße beeinflusst. Wobei er im Besonderen die Annahme vertrat, das erstgeborene Kind würde die Geburt eines Geschwisterkindes als schmerzliche „Entthronung“ erfahren (Adler, 1994).

Resultierend aus dieser These von Adler befasste sich ein großer Bereich der Geschwisterforschung mit strukturellen Attributen. Darunter fallen beispielsweise die Rangfolge innerhalb der Geschwister, der Altersabstand und das Geschlecht der Geschwister sowie Familiengröße und Familienkonstruktionsvariablen (Seiffge-Krenke, 2004, 227). Auf diese Attribute wird nun näher eingegangen.

In Anbetracht des in der Regel geringen Altersabstands sowie der gemeinsamen Zuordnung einer anderen Generation als die der Eltern, fällt es Geschwistern leichter, sich miteinander zu identifizieren oder gar sich zu spiegeln bzw. sich aneinander zu orientieren (Klagsbrun, 1993, 39). Vor allem bei gleichgeschlechtlichen Geschwistern bewirkt ein geringer Altersunterschied vielfach eine höhere Rivalität und Aggressivität untereinander als es unter Geschwistern vorkommt, die eine deutlichere Altersdifferenz aufweisen und somit emotional weiter voneinander getrennt sind. Weiterhin führt es bei Geschwistern, die vom Alter näher beieinander liegen, tendenziell öfter zu einer engeren und gefühlsintensiveren Beziehung, als dies bei einem größeren Altersabstand der Fall ist. Zudem gibt Kasten (2001) an, dass mit zunehmendem Altersunterschied ältere Geschwister oftmals eine dominierende Rolle, die des Lehrers, annehmen, wohingegen jüngere Geschwister sich eher dazu bereit erklären, das Verhalten des Älteren zu tolerieren oder sogar zu imitieren (Kasten, 2001, 85).

Die nachfolgende Tabelle in Anlehnung an Frick (2009) komprimiert einige Kernpunkte und Tendenzen bezüglich des Altersabstandes und dessen Einfluss bei Geschwister.

**Tab. 2: Einflüsse des Altersabstandes von Geschwistern**

Altersunterschied	Klassifikation	eher positiv	eher negativ
1-3 Jahre	kleiner Altersunterschied	<p>gemeinsame Beschäftigungen, Aktivitäten, Interessen</p> <p>in der Regel enge emotionale Beziehung</p> <p>Tutoren-Effekt: Jüngere Geschwister übernehmen häufig Satzgebilde, Redewendungen, Meinungen, Ansichten.</p> <p>Vergleiche können zu produktiven Leistungen führen.</p>	<p>unter Brüdern häufiger Handgreiflichkeiten</p> <p>Vergleiche können Neid, Konkurrenz, Wut, Rivalität und Aggressivität fördern.</p>
3-6 Jahre	mittlerer bis großer Altersunterschied	<p>tendenziell weniger aggressive Auseinandersetzungen, je größer der Altersunterschied</p> <p>Ältere Geschwister übernehmen häufig Betreuungsaufgaben und können Vorbilder werden.</p> <p>Tutoren-Effekt: Jüngere Geschwister übernehmen häufig Meinungen, Ansichten des älteren Geschwisters.</p>	<p>wenige gemeinsame Interessenfelder, je größer der Abstand ist</p> <p>großer Unterschied in der Selbständigkeit</p>
mehr als 6 Jahre	großer Altersabstand	<p>Betreuung des jüngsten Geschwisters fördert Sozialkompetenzen des Betreuerkindes.</p> <p>Erziehung/Betreuung durch die älteren Geschwister ist eine Entlastung für die Eltern.</p> <p>Kaum Konkurrenz unter den Geschwistern</p>	<p>wenige bis keine gemeinsamen Interessen</p> <p>Geschwister leben in verschiedenen Welten.</p>

Quelle: zitiert nach Frick (2009, 103).

Neben den alters- und altersabstand- spezifischen Unterschieden spielt auch das Geschlecht der Kinder eine wesentliche Rolle für die Entwicklung der Geschwister und ihrer Beziehungen untereinander. Dies findet im folgenden Punkt Berücksichtigung.

### **2.3.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Geschwistern**

Es kann von einer geschlechtsspezifischen Erziehung gesprochen werden, da Eltern andere Erwartungen an ihre Töchter als an ihre Söhne haben und sie dementsprechend ein unterschiedliches Erziehungsverhalten entwickeln. Mütter haben z. B. in der Regel eine sehr enge Bindung insbesondere zur erstgeborenen Tochter und kommunizieren häufiger mit ihr als mit den Söhnen. Weiterhin kommt es bei erstgeborenen Mädchen oftmals zu einer schon frühen Verantwortungsübernahme in Bezug auf die Betreuung ihrer jüngeren Geschwister. Für den Fall, dass Eltern zwei Söhne großziehen, herrscht vielfach ein strengerer und mehr von Kontrolle geprägter Erziehungsstil vor als bei Töchtern. Zudem erfolgt nicht nur ein unterschiedlicher Erziehungsstil beider Geschlechter durch die Eltern. Auch in Kindergarten und Schule findet eine geschlechtsspezifische Behandlung der Kinder statt. Mit den Jahren kommt es immer mehr zu einer Verinnerlichung der männlichen bzw. weiblichen Geschlechterrolle, die letztendlich zum Bestandteil einer Geschlechtsidentität führt (Grob & Jaschinski, 2003, zit. nach Jungbauer, 2009, 57).

Inwieweit die Geschlechterrolle ihre Ausprägung erfährt, scheint ebenfalls mit der Geschwisterkonstellation in Verbindung zu stehen. Insbesondere sehr „feminine“ Mädchen (sensibel, gefühlsbetont etc.) wachsen in ihrer Familie oftmals als Einzelkinder oder mit ausschließlich Mädchen auf. Überaus „männliche“ Jungen (rational, dominant, robust etc.) hingegen, sind ebenfalls häufig Einzelkinder oder haben lediglich Brüder. Darüber hinaus kann gesagt werden, dass je geringer der Altersabstand der Geschwister ist, desto stärker ist das geschlechtsrollenkonforme Verhalten entwickelt. Dagegen unterscheiden sich Kinder, die mit gegengeschlechtlichen älteren Geschwistern aufwachsen, indem die jüngeren Geschwister vermehrt Interessen entwickeln, die eher dem jeweils anderen Geschlecht zugeschrieben werden müssten (Jungbauer, 2009, 57).

### **2.3.4 Wohnumgebung, Umfeld und Religion**

Gehört eine Familie der gehobenen Schicht an, kann diese ihren Kindern größtenteils andere Möglichkeiten der Bildung bieten als es z. B. bei einer bildungsfernen Unterschicht der Fall ist. Zudem beeinflusst ein eher kinderfeindliches Umfeld eine Entwicklung der Kinder im Freien, woraus oftmals resultiert, dass Geschwister sich eher im Haus bzw. der Wohnung aufhalten. Dies kann zum einen zu einem vermehrten Konfliktpotential führen, zum anderen jedoch kommt es hierbei häufig zu einer positiven und engen Beziehung der Geschwister untereinander (Frick 2009, 104).

Mit Blick auf sozial schwache Migrantenfamilien zeichnet sich die besondere Position der großen Brüder ab, die vielfach als die primären Identifikationsfiguren der Kleinen gelten. Dies geschieht insbesondere, wenn die Eltern erwerbslos sind, Schwierigkeiten haben im fremden Land zurechtzukommen und zudem die Landessprache nur sehr eingeschränkt bis gar nicht beherrschen (Rufo, 2004).

Weiterhin ist der religiöse Faktor in einer Familie nicht außer Acht zu lassen und spielt oftmals eine nicht unwesentliche Rolle. Beispielsweise galt in patriarchalisch-religiösen Familien über Jahrhunderte das Recht des Erstgeborenen (z. B. bei Bauernfamilien oder am Königshof). Dies führte dazu, dass die jüngeren Geschwister meist sehr geringfügig entschädigt wurden. Resultat hieraus war außerdem eine (unbewusste) Bewertung der Geschlechter in der Erziehung. Darüber hinaus werden Jungen in religiös-orthodoxen Familien bis in die heutige Zeit oftmals bevorzugt behandelt. Mädchen hingegen werden zurückgestellt, was zu einer Einschränkung in ihren Entfaltungsmöglichkeiten führen kann (Frick, 2009, 104).

### **2.3.5 Protektive Faktoren**

Frick (2009) beschreibt weiterhin die hohe Relevanz des familiären Umfeldes als Stütz- und Schutzfaktor für Kinder, die unter erschwerten Lebensbedingungen aufwachsen, und verweist hierbei auf die Resilienzforschung (Wustmann, 2004). Insbesondere ältere Geschwister tendieren dazu den jüngeren in belasteten Familien Halt, Orientierung, Fürsorge, Verlässlichkeit, Sicherheit und Mut nahezubringen. Voraussetzung hierfür sind jedoch in der Regel begünstigende Faktoren, wie unterstützende außerfamiliäre Ressourcen (z. B. Freunde, Lehrer, Eltern von Freunden



usw.). Gelingt es einem Kind positive Beziehungen außerhalb des familiären Umfeldes zu erfahren, trägt dies zur Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls bei und ist hilfreich, um innerhalb der Familie einen zufriedenstellenden Platz einzunehmen. Vor allem Kinder, die innerhalb der Familie eine subjektive Benachteiligung erfahren, erhalten auf diesem Wege die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse zumindest anteilmäßig befriedigt zu sehen (Frick, 2009, 118 f.). Weiterhin betont der Autor, dass sich die Rolle der Geschwister als protektive Faktoren in der Resilienzforschung noch in den Kinderschuhen befindet.

### **2.3.6 Weitere Einflussfaktoren auf die geschwisterliche Beziehung**

Neben den bisher genannten Einflussfaktoren auf die geschwisterliche Beziehung existiert noch eine Vielzahl weiterer wichtiger Variablen, die sicherlich großen Wert für das Verhältnis der Geschwister untereinander besitzen. Allerdings würde die Auflistung all dieser Faktoren den Rahmen der Arbeit übersteigen. Auf Grund dessen wurde lediglich ein Auszug gewährt, der zur Veranschaulichung dienen und die Komplexität der Thematik ein wenig reduzieren soll.

Letztendlich erscheint es im Allgemeinen schwierig, die Einflussfaktoren der Geschwisterbeziehungen ausführlich voneinander zu trennen, da alle in einem ständigen Wechselspiel und in fortlaufender Interaktion miteinander stehen bzw. sich gegenseitig beeinflussen.

Am Beispiel von Frick (2009) werden zudem unter anderem noch Faktoren genannt, wie

- das individuelle Verhältnis der Eltern zu den einzelnen Geschwistern,
- die Bevorzugung und Benachteiligung durch Eltern,
- der Erziehungsstil der Eltern

(Frick, 2009, 105 ff.).

All dies und noch viele weitere Variablen haben sicherlich ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf die Beziehung der Geschwister untereinander.

Ein Punkt jedoch, den auch Frick (2009) in seinen Aufführungen benennt, ist der Faktor „Krankheit, Behinderung und Tod von Geschwistern“, der im Verlauf dieser Arbeit von

zentraler Bedeutung sein wird und im gesamten 3. Kapitel explizit Erläuterung findet (Frick, 2009, 116).

Der sich nun anschließende Punkt behandelt die unterschiedlichen Rollen und Funktionen der Geschwisterbeziehungen.

## **2.4 Verschiedene Rollen und Funktionen der Geschwisterbeziehungen**

Nachdem bereits auf diverse Einflussfaktoren eingegangen wurde, die die Qualität der Geschwisterbeziehung in vielerlei Hinsicht beeinflussen, wird der Fokus nun auf unterschiedliche Rollen und Funktionen der Geschwisterbeziehungen gelegt, wobei im Folgenden einige Beispiele erläutert werden.

### **2.4.1 Der Unterstützer**

Im Rahmen diverser ausführlicher Untersuchungen hat Furman (1995) mit Hilfe eines Geschwisterfragebogens als Diagnoseinstrument die Erkenntnis gewonnen, dass sowohl Wärme als auch Unterstützung eine sehr bedeutsame Dimension in Geschwisterbeziehungen darstellen. Weiterhin bestätigt eine Großzahl von Studien, dass das Erfahren sozialer Unterstützung durch die Geschwister von Kindern eher angenommen werden kann. Dabei wird von einer Beziehung unter Gleichen gesprochen die dementsprechend sehr wichtig erscheint. Dies erklärt sich dadurch, dass die Identifikation mit dem Geschwisterkind den Vorteil besitzt, dass sich Geschwister in Bezug auf Stärken und Schwächen vergleichbarer erscheinen als die Eltern und somit weniger bedrohlich füreinander wirken (Seiffge-Krenke, 2004, 239). Beispiele hierzu liefert Frick (2009), indem er auf die Verteidigerrolle des älteren Geschwisters auf dem Pausenhof eingeht. Anliegen hierbei ist es häufig, das jüngere Geschwisterkind vor Angriffen anderer Schulkinder zu schützen. Weiterhin kommt es häufig vor, dass Geschwister bei den Hausaufgaben helfen, in Sachen Liebeskummer zu Seite stehen oder Halt in anderen schwierigen Situationen bieten.

### **2.4.2 Der Gehasste**

Wie bereits in einigen Mythen und Geschichten beschrieben wird (z. B. Kain und Abel), kann es unter Geschwistern auch zu einem sehr ausgeprägten Hass kommen. Sie werden demnach zum Objekt von Wut und Abneigung. Seiffge-Krenke (2004) führt in dem Zusammenhang das Drama von Friedrich Schiller „Die Räuber“ (1781) an. Hierbei wird der Hass des jüngeren Bruders auf den älteren thematisiert. Wobei es sich in diesem Stück nicht um den bevorzugten Erstgeborenen in Bezug auf das väterliche Erbe handelt. Stattdessen geht es vielmehr um die privilegierte Liebe des Vaters zum älteren Sohn. Hierbei scheut der jüngere keinerlei Mittel, um seinen großen Bruder zu eliminieren (Seiffge-Krenke, 2004, 240).

Kasten (1993) stellt zudem einige Untersuchungen vor, die auf eine ausgeprägte Aggression bei Geschwistern behinderter Kinder hinweisen. Diese bezieht sich insbesondere auf einer Änderung des hierarchischen Status sowie auf den Verlust von Privilegien seitens der gesunden Geschwister. Genauer zu der Position eines Kindes mit einem behinderten Geschwisterkind wird jedoch im dritten Kapitel dieser Arbeit ausführlich vorgestellt.

### **2.4.3 Der Beneidete**

Bereits vor einigen Jahrzehnten hat die Psychoanalytikerin Melanie Klein (1957) auf den großen Stellenwert des Neides innerhalb einer Geschwisterbeziehung hingewiesen. Im Gegensatz zur Rivalität setzt Neid, nachgewiesen durch Melanie Klein, eine dyadische Beziehung voraus und wird ihrerseits als früheste Empfindung eines Kindes eingestuft. Neid kennzeichnet sich durch ein von Egoismus geprägtes Verlangen etwas zu besitzen und kann zu der Tatsache führen, dass das Gute an einem geliebten Objekt mutwillig zerstört wird, damit es nicht in den Besitz des anderen gelangt.

Auch in diesem Zusammenhang ist erneut insbesondere die Beziehung von Geschwistern behinderter oder kranker Kinder zu erwähnen, bei denen Neid ebenfalls eine wichtige Rolle spielt, jedoch noch nicht ausreichend Beachtung in der Wissenschaft gefunden hat (Seiffke-Krenke, 2004, 241).

#### 2.4.4 Der Rivale

Oftmals werden die Begriffe Neid und Rivalität in Bezug auf Geschwisterbeziehungen in der Alltagssprache synonym füreinander verwendet. Wie jedoch bereits im vorangegangenen Punkt erwähnt, differenziert Melanie Klein eindeutig zwischen diesen beiden Begriffen und benennt einen klaren Unterschied, der die synonyme Verwendung der Wörter als definitiv nicht korrekt darstellt.

„Melanie Klein (1957) hat bekanntlich zwischen Neid und Rivalität in Geschwisterbeziehungen deutlich unterschieden. In ihrer (...) Arbeit „Envy and gratitude“ beschreibt sie, dass Neid auf dem Gefühl beruht, etwas nicht zu bekommen – er hat also ein orale Qualität. Die Basis für Rivalität dagegen ist Liebe; sie trachtet nach dem Besitz des geliebten Objekts und nach Verdrängung des Rivalen. Im Gegensatz zum Neid setzt also Rivalität eine triadische Beziehung voraus und macht das Erringen des geliebten Objekts zum Thema.“ (Seiffke-Krenke, 2004, 242)

Eine weitere Illustration geschwisterlicher Rivalität ist unter anderem in der biblischen Erzählung von Jakob und Esau (Altes Testament, 1. Moses 27) zu finden. Der Vater Isaak bevorzugt den älteren Sohn Esau, die Mutter Rebecca hingegen privilegiert den jüngeren Sohn Jakob. Als Isaak beabsichtigt Esau vor seinem Tod zu segnen, animiert Rebecca Jakob zu einem Betrug. Auf Anraten seiner Mutter stiehlt Jakob in der Verkleidung seines Bruders Esau den väterlichen Segen. Als Konsequenz seiner Handlung wird Jakob nun von seinem Bruder Esau gehasst bzw. dieser verspürt sogar den Wunsch, ihn zu töten (Sohni, 2004, 40 f.).

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass die Eltern als Paar durchaus in der Lage sind, die geschwisterliche Rivalität zu induzieren, was auch im heutigen Leben der Fall ist. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass Eltern entscheidenden Einfluss nehmen können, ob Geschwister untereinander eher kooperieren oder konkurrieren bis hin zur Entwicklung einer ablehnenden Haltung gegenüber dem Geschwisterkind. Hierbei ist es wichtig, inwieweit Eltern die Beziehung der Kinder nicht anhand von Bevorzugung oder extremer Überhütung stören (Frick, 2009, 157 ff.).

Weiterhin ist es möglich, dass Geschwister auch ohne den Einfluss der Eltern ein ausgeprägtes Konkurrenzdenken erleben. In diesem Fall können Eltern einerseits beruhigend auf die Emotionen der Kinder eingehen, indem sie ihnen Wertschätzung

gegenüber bringen und ihnen ihre persönlichen Stärken bewusst werden lassen. Andererseits kann es vorkommen, dass Eltern die Auseinandersetzungen der Geschwister eher meiden bzw. diese ihrerseits gar nicht wahrgenommen werden. Während das erst genannte Beispiel eher eine beruhigende, deeskalierende Wirkung aufweist, erhöht das letzte Beispiel oftmals die Rivalität und es kommt vermehrt zur Eskalation (Frick, 2009, 160 ff.).

#### **2.4.5 Der Parentifizierte**

Horst-Eberhard Richter (1963) erarbeitete den Prozess der Rollenzuschreibung. Hierbei handelt es sich um eine Übertragung von Objektrepräsentanzen und narzisstischen Projektionen.

Kommt es zu einer Übertragung von Objektrepräsentanzen auf das Kind, wird es als Ersatz für eine andere Person angesehen, wie eine Elternfigur oder einen Partner. Verhalten die Eltern sich dem Kind gegenüber „kindlich“, schlüpft dies zumeist unbewusst in die Rolle des Elternteils. Der Sohn oder die Tochter wird hierbei möglicherweise als Liebesquelle für sich selbst angesehen oder es wird sich schon früh den Forderungen des Kindes unterworfen. Heutzutage wird diese Entwicklung oft dadurch begünstigt, dass Eltern ihren Kindern keine Frustrationserlebnisse abverlangen wollen und auf nahezu alle Äußerungen des Säuglings reagieren, beispielsweise auf jedes noch so kleine Schreien eingehen oder so lange neben dem Kind liegen bleiben, bis es eingeschlafen ist (Reich, 2002).

Die eben angeführte Rollenzuschreibung als Elternsubstitut ist auch unter dem Begriff der Parentifizierung bekannt (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1981). Liegt eine solche Parentifizierung vor, gerät ein Kind in die Rolle eines Elternteils. Zudem kommt es hierbei gleichermaßen zu einer Umkehrung der Rollen, d. h. Mutter oder Vater übernimmt die Rolle des Kindes. Vor allem wenn ein Elternteil psychisch krank oder alkohol- bzw. drogenabhängig ist, kommt es vermehrt zu einem solchen Rollenwechsel. Auch wenn die Kinder in diesen Fällen meistens schon im Schulalter sind, geraten sie dadurch oftmals in eine Überforderungssituation, in der es gilt, die eigene Kindheit oder Jugend frühzeitig aufzugeben, um der Rolle gerecht werden zu können. Sehr häufig trägt die Parentifizierung eines Kindes zu großen Machtkämpfen

unter den Geschwistern oder einer enormen Abgrenzung bei. Das parentifizierte Geschwisterkind erhält hierbei unbewusst einen Gewinn, indem es unentbehrlich wird und eine hervorgehobene Stellung unter den Geschwistern genießt. Diese Position wird gefolgt von einer sogenannten Herrschaft über die Geschwister. Dies wiederum führt häufig zu Neid, Aggressionen und Rivalitäten in der Geschwisterbeziehung (Petri, 2006, 126).

#### **2.4.6 Der Sündenbock**

Richter (1963) schildert das Kind als „Sündenbock“ als eine zusätzliche familiäre Rolle. Hierbei wird „das Kind als Substitut für einen Aspekt des eigenen elterlichen Selbst (als ideales Selbst, als Sündenbock)“ genutzt (Richter, 1963, 94). Jedoch hat Richter aus seiner Perspektive der Familienbeziehungen keinen Fokus darauf gelegt, dass die Rolle des Sündenbocks ebenfalls auf die horizontalen Beziehungen zwischen Geschwistern Auswirkungen haben kann. Auf diese Aussage wies Seiffge-Krenke (2004) hin und erläuterte die Feststellung anhand eines Fallbeispiels. Die Autorin schildert eine offenbar sehr harmonische Familie bestehend aus einer Mutter und drei Töchtern unterschiedlichen Alters, die im Rahmen einer Kontrollstichprobe untersucht wurden. Die Eltern sind getrennt lebend, allerdings besteht ein guter Kontakt zu allen weiteren Familienmitgliedern wie Onkel, Tante etc. Lediglich die älteste Tochter der Familie scheint eine Sonderrolle einzunehmen. Im Gespräch mit der Mutter und den anderen beiden Töchtern - die Älteste wollte auch nicht an dem Interview teilnehmen - stellt sich heraus, dass die nicht anwesende Tochter einen deutlichen Störfaktor in der sonst so harmonischen Familie darstellt. Die Mutter schildert, sie habe am meisten unter der Trennung gelitten und sei dem Vater auch charakteristisch sehr ähnlich. Auch eine eventuelle Drogensucht der Tochter wird angedeutet. Im Rahmen dieser Schilderungen wird die „Sündenbock-Rolle“ der ältesten Tochter deutlich. Sie scheint nicht in das harmonische Familienleben, was die anderen drei beschreiben, zu passen (Seiffge-Krenke, 2004, 244).

Die eben angeführte „Sündenbockrolle“ ließe sich laut Görres (1987) ebenfalls gut auf ein behindertes oder krankes Kind übertragen. Ein solches Kind wird für die Eltern oftmals als Enttäuschung erlebt. Die Identifikation mit dem behinderten oder kranken

Kind fällt schwer und es erscheint den Eltern oftmals fremd. Vielfach wird in diesen Familien das Versagen eines anderen Mitglieds der Familie sowie Gereiztheit oder vorhandene Unzufriedenheit, mögliche Anpassungs- und Entwicklungsschwierigkeiten der Geschwisterkinder etc. als Reaktion auf die Behinderung oder Krankheit des anderen Kindes gesehen (Görres, 1987).

#### **2.4.7 Der Ersatz**

Geschichtlich betrachtet trug die bei Zeiten hohe Säuglingssterblichkeit dazu bei, dass Eltern sich sogenannte „Ersatzkinder“ anschafften, die sogar den gleichen Namen des zuvor verstorbenen Kindes weitertrugen (Seiffge-Krenke, 2009, 246).

Unter diesem Begriff versteht sich ein Kind, dessen Geschwisterteil in der Regel vor seiner eigenen Geburt verstorben ist. Vielfach ist es der Fall, dass Eltern den Tod ihres Kindes noch nicht ausreichend bewältigt haben. Das lebende Kind wird daher häufig dazu genutzt, um den Verlust nicht real wahrnehmen zu müssen. Hieraus resultiert ein Ersatz des verstorbenen Kindes durch das lebende Kind, d. h. ihm wird somit unwissentlich die Identität eines anderen zugeteilt. Dies führt häufig zu der Entwicklung eines fremden Introjekts im Selbst des „Ersatzkindes“ (Hirsch, 1999, 83). Vergleichbar ist dies beispielsweise mit einem spukenden Geist, der etwas Unheimliches in sich trägt, immer auf der Suche nach der eigenen Identität und die des verstorbenen Geschwisterteils. Weiterhin verursacht das Introjekt enorme Schuldgefühle, zum einen weil das Kind dem idealisierten Bild des toten Geschwisters nie entsprechen kann. Zum anderen auch, wenn das Bedürfnis aufkommt, dem introjizierten System des Ersatzkindes den Rücken zu kehren, wobei die Eltern wiederum den Schmerz erfahren. Somit befinden sich diese Kinder stets in einem Dilemma. Sowohl bei einer Unterwerfung als auch bei einer Rebellion wird das Kind von Schuldgefühlen geplagt. Im Allgemeinen treiben diese Schuldgefühle ein Ersatzkind ein Leben lang dazu an, eine unbekannte Identität zu erlangen, die den elterlichen Vorstellungen sowie deren unbewussten oder bewussten Ideen gerecht werden kann (Hirsch, 2012, 182 ff.).

### 2.4.8 Weitere Rollen und Funktionen

Frick (2009) beschreibt in seinem Werk, inspiriert durch Veith (2000) und vom Autor ergänzt, weitere Rollen sowie dazugehörige Grundmeinungen des Kindes, Folgen der Handlung und Komplementärrollen der Geschwister (Frick, 2009, 97).

**Tab. 3: Rollen, Grundmeinungen, Folgen und Komplementärrollen**

Rolle	mögliche (unbewusste) Grundmeinungen („private Logik“)	daraus sich ergebende mögliche Handlungen	Komplementärrolle eines Geschwisters
Sonnenschein, Herzige, Fröhliche	„Wenn ich keine Probleme bereite, fröhlich, pflegeleicht und vernünftig bin, dann werde ich geliebt, geschätzt, bevorzugt.“	gehört leicht, gibt elterlichen Forderungen und Anweisungen rasch nach	ernst, unauffällig, traurig oder „schwierig“, aggressiv, streitsüchtig
Böses Kind, Sündenbock	„Wenn man mich schon nicht gerne hat, dann versuche ich, auf der negativen Seite Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten.“	stören, Aggressivität, kämpferische Haltung, „streitsüchtig“.	„liebes“ Kind, engelhaft, überangepasst, muss alles immer zur Zufriedenheit aller machen
AußenseiterIn	„Wenn ich anders bin als die anderen, das Unübliche tue, mich abgrenze, dann finde ich Beachtung.“	innerer und äußerer Rückzug in Familie und außerfamiliären Feldern, ev. Zusammenschluss mit anderen AußenseiterInnen	beliebte und bewunderte Unterhalterin, steht im Mittelpunkt der Familie
RebellIn, Kämpferin	„Nur wenn ich unablässig kämpfe und rebelliere, komme ich nicht zu kurz, kann ich mich für erlittenes Unrecht rächen.“	Widerstand gegen elterliche Normen, Streiten, Argumentieren	brav, angepasst, übermäßig konziliant



MinimalistIn, „Faule/r“	„Wenn ich nichts/wenig selber tue, kann ich keine Fehler machen/werde ich nicht kritisiert/abgelehnt/macht jemand anderes (Eltern, Lehrpersonal) die Aufgaben für mich.“	wenig Einsatz in einigen (z. B. Schule) oder mehreren Bereichen, demonstriert bequemes Verhalten, rasch mit eigenem Beitrag zufrieden, wenig Ehrgeiz	ehrgeizig, fleißig, tüchtig
unkompliziert, kontakt- freudig, gesellig	„Ich kann gut auf Menschen zugehen und komme bei ihnen an.“	offen im Kontakt, geht auf andere zu, kooperativ	einsam, scheu, „kompliziert“, sensibel
Sittenstrenge/ r, rigide/r	„Nur wenn ich besonders hohe/höchste Leistungen erbringe bzw. Anforderungen erfülle, bin ich liebenswert und habe einen besonderen Platz.“	nörgelnde und negativistische Tendenz anderen gegenüber; äußert primär Kritik. Übermäßige Strenge mit sich selber und anderen (Richter), selten mit sich und den anderen Leistungen zufrieden, depressive Tendenz	liebenswerter, gefälliger Charmeur oder locker- hedonistisch orientiert
AltruistIn	„Wenn ich helfe, teile, nachgebe usw. mag man mich, werde ich gelobt.“	sehr hilfsbereit, kann sich gut in andere einfühlen, freigebig/großzügig	egoistisch, egozentrisch
ClownIn	„Nur wenn ich immer lustig bin, ausgefallene Ideen aufbringe und komische Sachen mache, bin ich etwas wert, hat man mich gerne.“	immer zu Späßen aufgelegt; versucht, die anderen zum Lachen zu bringen; humorvoll	ernsthaft, regt sich über „dumme“ Sprüche und Ideen des Clowns/der Clownin auf, stellt sich darüber

Unvermögen/ Schwäche zeigen	„Wenn ich hilflos, bedürftig, schwach, krank bin, ist man nett, nachsichtig zu mir, fordert man weniger von mir, vermeide ich Blamagen.“	Kind sitzt leise weinend in einer Ecke des Kindergartens	starker älterer Bruder
Gewissenhaft e/r, Gründliche/r	„Durch meine Zuverlässigkeit und Genauigkeit bekomme ich Anerkennung und werde geliebt.“	genau, sorgfältig, Neigung zu Perfektionismus, geht der Sache auf den Grund, zuverlässig	locker, nachlässig, verspielt, originell
Professor, Genie	„Ich habe meinen Platz in der Familie und die Liebe durch akademische oder entsprechende musisch- gestalterische Bestleistungen bzw. durch ausgewählte brillante Ideen.“	sehr ehrgeizig, theoretisch orientiert, ausdauernd, hartnäckig	praktisch orientiert oder intellektuell langsam, Schul- und Lernprobleme
Angepasstes, integriertes Migranten- mädchen (älteres von insgesamt zwei Kindern)	„Wenn ich mich der fremden Kultur anpasse, komme ich besser an und kann meinen Eltern helfen.“	offen, lernt rasch die Gewohnheiten der neuen Kultur, hilfsbereit, spricht perfektes Deutsch	starker Bezug zum Heimatland der Eltern, setzt Traditionen fort, lernt neue Sprache unzureichend (Migrantenknabe)

Quelle: Frick (2009, 98 f.).

Frick (2009) merkt jedoch an, dass aufgrund der sich angeeigneten Rolle, es zu einer Begrenzung potentieller Möglichkeiten eines Kindes kommen könnte. Es könne vorkommen, dass ein Lebensabschnitt somit nicht hinreichend entwickelt wird. Als Beispiel nennt der Autor den „Sonnenschein“. Ein Kind in dieser Rolle lerne möglicherweise nicht angemessen mit Konflikten umzugehen und habe zu wenig Durchsetzungsvermögen. Eine geglückte geschwisterliche Beziehung ohne das

Vorhandensein komplementärer Rollen, fasst Frick (2009) zusammen und zitiert aus Sohni (2004), „dass sich Geschwister als unterschiedlich erleben und akzeptieren, ohne um den eigenen Platz zu fürchten und ohne den anderen von seinem Platz verdrängen zu müssen“ (Frick, 2009, 100).

Im sich anschließenden Punkt werden die Veränderungen der Geschwisterbeziehungen im Laufe des Lebens dargestellt und erläutert.

## 2.5 Veränderungen der Geschwisterbeziehungen im Laufe des Leben

Nachdem im Punkt 2.4 darauf Bezug genommen wurde, welche unterschiedlichen Rollen und Funktionen innerhalb einer Geschwisterbeziehung festzustellen sind, befasst sich der nun folgende Punkt mit den verschiedenen Einflüssen und Phasen der Beziehung von Geschwistern im Verlauf ihres Lebens.

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, lässt sich die Geschwisterbeziehung als die am längsten andauernde Beziehung in unserem Leben bezeichnen. Jedoch ist zu erwähnen, dass diese Art der Beziehung sich im Lebenszyklus durchaus verändert und variabel gestaltet. Trotz der großen Variabilität unterteilt Petri (2006) drei charakteristische Phasen der Geschwisterbeziehung, die er bezeichnet als „Intimität“, „Distanz“ und „Wiederannäherung“. Die Phasen und ihre typischen Merkmale fasst Hackenberg (2008) in der folgenden Tabelle zusammen. In den sich anschließenden Unterpunkten erfolgt zudem eine genauere Erläuterung.

**Tab. 4: Die Geschwisterbeziehung in den Lebensphasen**

Lebensphase	Typische Merkmale der Geschwisterbeziehung
Kindheit und Jugendalter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intensiver Kontakt</li> <li>• Identifikation und Abgrenzung (Intimität)</li> </ul>

<b>frühes und mittleres Erwachsenenalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• weniger Berührungspunkte</li> <li>• lockerer Kontakt</li> <li>• großer Gestaltungsspielraum</li> </ul>
<b>höheres und hohes Erwachsenenalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivierung der Beziehung</li> <li>• größere Akzeptanz</li> <li>• gemeinsamer Lebensrückblick („Wiederannäherung“)</li> </ul>

Quelle: Hackenberg (2008, 37).

### 2.5.1 Kindheit und Jugendalter

Aufgrund der intensiven und emotional sehr starken Interaktion der Geschwister untereinander kommt es in Kindheit und Jugendalter zu einer Herausbildung und Festigung der geschwisterlichen Beziehung. Insbesondere in der Kindheit gelten Geschwister als primäre Bezugspersonen, da sie einen Großteil des Alltages miteinander teilen und gemeinsame Erfahrungen machen (Hackenberg, 2008, 36).

Vor allem anhand früher Rollenspiele, wie Mutter-Kind oder Vater-Kind, lernen Kinder in symbolischer Form sowohl Bedürfnisse, Gefühle als auch Konflikte auszudrücken. Hierdurch wird ein angemessener Umgang mit Konflikten sowie neue Verhaltensmuster eingeübt, was im späteren Verlauf einen wichtigen Einfluss auf den Ablösungsprozess von den Eltern nimmt und diesen positiv beeinflusst (Petri, 2006, 40). Weiterhin beschreibt Petri (2006) den Prozess der Identifikation, der einerseits bei der Mitgestaltung späterer Objektbeziehungen hilfreich ist und andererseits speziell im Kindesalter eine elementare Komponente der Identitätsfindung darstellt. Dies geschieht anhand einer wechselseitigen Identifikation der Kinder miteinander, indem sie Fähigkeiten und Eigenschaften des anderen verinnerlichen und somit vermehrt die Chancen des Selbsterlebens und des eigenen Handelns ausbauen. Auf diesem Wege gelingt es dem „Ich“ Schritt für Schritt an Kraft und Kompetenz aufzubauen, um seine eigene Identitätsbildung zu intensivieren (Petri, 2006, 41 f.).

Im Jugendalter hingegen kommt es in der Regel zu einer Ablösung von den Geschwistern und Konflikte treten häufiger auf. Stattdessen erfolgt ein vermehrt intensiver Kontakt zu gleichaltrigen Freunden. Diese sogenannten „Peergruppen“ ersetzen nun oftmals insbesondere das jüngere Geschwisterkind, indem viele Aktivitäten geteilt und private Themen besprochen werden. Lediglich die familiären Urlaube werden in der Regel noch mit den Geschwistern verbracht. Bei chronisch kranken oder behinderten Kindern hingegen kommt es häufig zu einem gegenteiligen Verlauf. Zwischen ihnen besteht weiterhin eine enge Bindung. Auch kommt es eher zu einem Anstieg der Unterstützung und instrumentellen Hilfe durch die Geschwister (Seiffge-Krenke, 2004, 236).

Auf diesen Aspekt wird jedoch im 3. Kapitel dieser Arbeit eingehender Bezug genommen.

## **2.5.2 Frühes und mittleres Erwachsenenalter**

Im frühen und mittleren Erwachsenenalter distanzieren sich Geschwister erneut häufiger voneinander. Dies wird dadurch bedingt, dass der Einzelne eigenen persönlichen und beruflichen Zielen nachgeht, wie das Eingehen einer Partnerschaft und die Gründung einer Familie. Hierbei rückt die Herkunftsfamilie weiter in den Hintergrund. Neben der eigenen Familiengründung rücken auch Freunde mit z. B. gleichaltrigen Kindern in den Fokus des Interesses (Buddeberg, 2004, 218). Es finden lediglich wiederkehrende, nahezu ritualisierte Zusammenkünfte zu besonderen Anlässen, wie Feiertagen, Geburtstagen etc. statt. Trotz alledem stehen Geschwister im Regelfall weiterhin in Kontakt zueinander, d. h. sie sind weiterhin emotional verbunden, jedoch findet eine wechselseitige Hilfe nur selten statt (Seiffge-Krenke, 2004, 238). Hierbei ist der Zusammenhalt durch die Eltern von großer Bedeutung (Bedford, 1993). Weiterhin ist oftmals ausschlaggebend, ob Geschwister in der Nähe wohnen oder sich in einem ähnlichen Entwicklungsabschnitt befinden (Buddeberg, 2004, 218). Als Argument für die aufkommende Distanzierung der Geschwister im frühen und mittleren Erwachsenenalter nennt Geser (1998) den Ressourcenansatz: „Aufgrund von Familiengründung und Karriereaufbau kommt es zu einer Verknappung der zeitlichen Ressourcen. Sind diese Aufgaben im höheren Alter beendet, wird die

Beziehungspflege wieder intensiviert“ (Geser 1998, 8). Im Gegensatz dazu könnte jedoch angenommen werden, dass sich mit Folge eines Karriereaufbaus, insbesondere familiäre Ressourcen als vertraute Stütze von Bedeutung sind (Nave-Herz & Feldhaus, 2005, 116). In Anbetracht der eben genannten gegensätzlichen Aussagen betont Kasten (1993): „Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass – über die Lebensspanne betrachtet – die Bedingungen und näheren Umstände, unter denen Geschwister sich gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren, noch weitgehend unbekannt sind“ (Kasten, 1993, 168).

Weiterhin geht aus einigen Erhebungen hervor, dass Geschwister, die weder Partner noch Kinder haben, einen intensiveren Kontakt zu ihren Geschwistern pflegen, als Geschwisterpaare mit einer eigenen Familie (Kasten, 1998, 154). Auf Grundlage dessen, entsteht seitens einiger Autoren die Vermutung, dass anstehende demographische Veränderungen, wie die ansteigende Alterung der Gesellschaft, Trend hin zur Kinderlosigkeit etc., zu einer wieder größer werdenden Bedeutung geschwisterlicher sowie horizontaler Verwandtschaftsbeziehungen führen könnten (Kasten, 2003). Dem entgegenzustellen sind jedoch die Resultate einer explorativen Studie von Geser (1998). Diese führt auf, dass „mit steigender Geschwisterzahl die Anzahl an wichtigen Personen, Freunden, ambivalenten Beziehungen und Personen, von denen die Probanden psychische und instrumentelle Unterstützung bekommen, sinkt. Personen mit größeren Geschwisternetzwerken schränken ihr außerfamiliäres Engagement offensichtlich eher ein“ (Geser, 1998, 20). Auf Grund dessen, kommt es demnach mit dem Anstieg der Geschwisterzahl zu einer Abnahme außerfamiliärer Netzwerke. Zukünftig könnte dies somit folgewidrig bedeuten, dass Menschen mit einer geringeren Anzahl von Geschwistern vermehrt auf Engagement im außerfamiliären Rahmen setzen müssen, um in vielerlei Hinsicht Unterstützung zu erlangen (Nave-Herz & Feldhaus, 2005, 116). Gesamtheitlich müsse jedoch betont werden, „dass die psychologischen Forschungsergebnisse vielfach keine Eindeutigkeit dokumentieren. Die Variablen sind zu vielfältig; zu viele Faktoren können die Geschwisterbeziehungen beeinflussen“ (ebd., 116).

### **2.5.3 Höheres und hohes Erwachsenenalter**

Im vorangegangenen Punkt wurde von einer häufigen Distanzierung der Geschwister im frühen bis mittleren Erwachsenenalter gesprochen. Im Gegensatz dazu führt Kasten (1998) eine Intensivierung der Geschwisterbeziehung im hohen Erwachsenenalter an.

Der Autor beschreibt, dass mit dem Verlassen des Elternhauses es zu einem Beginn gemeinsamer Entwicklungsaufgaben der Geschwister komme, deren Mittelpunkt die ältergewordenen Eltern bilden. Kasten zitiert in diesem Zusammenhang Brody et al. (1989), deren Studie belegt, dass es zu einer Annäherung der Geschwister kommt, wenn es um gemeinsam zu treffende Entscheidungen bezüglich der Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Eltern geht, die zur Zufriedenheit aller bewältigt werden müssen. Es kann zu Streitigkeiten und Spannungen führen, wenn ein Geschwister sich der Verantwortung entzieht und diese dem anderen überlässt. Weiterhin können Konflikte aufkommen in Bezug auf Erbschaftsangelegenheiten nach dem Versterben der Eltern.

Ein engerer Kontakt unter den Geschwistern im hohen Erwachsenenalter sei jedoch, so Kasten (1998), ein sich aufbauender Prozess der eine wechselseitige Kontaktaufnahme sowie einen gemeinsamen Austausch voraussetzt. Im Rahmen dessen sei es ebenfalls möglich, Konflikte, aus der Kindheit resultierend, neu zu bearbeiten und zu verkraften (Kasten, 1998, 155).

## **2.6 Zusammenfassung**

Das vorangegangene Kapitel beschreibt den großen Einfluss von Geschwisterbeziehungen auf die persönliche Entwicklung eines jeden Einzelnen. Es wurde verdeutlicht, dass im Laufe der letzten Jahrzehnte ein Wandel erfolgte. Kinder wachsen statistisch gesehen mit weniger Geschwistern auf als noch in früheren Zeiten und haben zum Teil weniger Kontakt, da sich ein großer Teil des Alltages heutzutage auch in Kindergarten und Schule abspielt. Nichtsdestotrotz tragen Geschwister in hohem Maße zur Identitätsentwicklung eines Kindes bei und haben sich daher zu einem relevanten Forschungsgegenstand etabliert. Inwieweit und wie sich die Beziehung unter Geschwistern gestaltet, hängt von zahlreichen unterschiedlichen Faktoren ab, wie Altersabstand, Geschlecht, Erziehungsstil der Eltern, Wohnumfeld

etc. Somit existieren sowohl begünstigende als auch ungünstige Variablen, die Einfluss auf das Verhältnis besitzen. Immerzu kommt es unter Brüdern und Schwestern zu einer Übernahme bestimmter Rollen und damit im Zusammenhang stehenden Verhaltensweisen. Dies kann sowohl förderlich als auch hinderlich für die Entwicklung eines Kindes sein. Im Idealfall ist das Geschwisterkind in der Lage, sich als verschieden zu erleben und den anderen zu akzeptieren, ohne zu befürchten, dass der eigene Platz streitig gemacht wird oder die Notwendigkeit besteht, den anderen vom Platz zu verdrängen. Ob dies gelingt, hängt ebenfalls von vielen unterschiedlichen Bedingungen ab. Vor allem die Einstellung der Eltern gegenüber ihren Kindern steht damit im besonderen Zusammenhang.

Weiterhin wird diskutiert, inwieweit ein Geschwisterkind als protektiver Faktor gesehen werden kann und es wird dabei deutlich, dass diesbezüglich noch ein hoher Forschungsbedarf besteht. Darüber hinaus wurde aufgezeigt, inwieweit sich Geschwisterbeziehungen im Laufe des Lebens wandeln können und in Anbetracht des Alters unterschiedlich stark intensiv sind.

Die Relevanz dieses Kapitels für den empirischen Teil besteht darin, dass es notwendig ist, zuallererst die geschwisterliche Beziehung und deren Bedeutung im Allgemeinen darzustellen und zu verstehen. Hieraus lassen sich erst Vergleiche zur Geschwisterbeziehung bei einem Kind mit ADHS ableiten sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede feststellen und benennen.



### **3. Die Lebenssituation von Kindern mit behinderten Geschwistern**

Es wird als eine grundlegende Basis für den Aufbau und die theoretische Auseinandersetzung in dieser Arbeit die Auffassung geteilt (wie beispielsweise auch von Achilles (2013, 17)), dass es zum Verständnis der besonderen Dynamik der Beziehungen zwischen behinderten und nicht behinderten Geschwistern begünstigend ist, dass hinreichend Wissen zur Geschwisterbeziehung im Allgemeinen vorhanden ist. Darüber hinaus wird diese Auffassung zur Überlegung weitergeführt, dass für ein Verständnis der Geschwisterbeziehung und Familiendynamik bei ADHS sowohl der Forschungsstand zur Geschwisterbeziehung allgemein als auch der zu Besonderheiten in der Beziehung zwischen behinderten und nicht behinderten Geschwistern Relevanz besitzen.

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erläutert wurde, besitzen Geschwister im Leben eines Kindes, Jugendlichen und auch Erwachsenen eine wesentliche Bedeutung und nehmen großen Einfluss auf die Entwicklung eines Menschen. Unterschiede wie Geschlecht, Altersabstand, Wohnumfeld etc. sind hierbei unter anderem relevant, ebenso die Rolle, die das Geschwisterkind einnimmt (vgl. Abschnitte 2.3 & 2.4). Eine noch einmal besondere Situation entsteht, wenn ein Geschwisterkind eine Behinderung aufweist. Eine Behinderung des Bruders oder der Schwester und die damit zusammenhängende besondere familiäre Situation und Geschwisterbeziehung wurden bereits in einigen Studien und der Literatur aufgegriffen und analysiert. Namentlich stehen hierfür, insbesondere für den deutschsprachigen Raum, die bereits genannten Autoren Hackenberg, Kasten, Achilles und Heckmann.

Im folgenden Kapitel wird daher auf diese Situation eingegangen und es werden dabei Besonderheiten beschrieben. Ziel dieser Ausführungen ist einerseits die Herausarbeitung möglicher Risikofaktoren für die Familie und die Geschwisterbeziehung und andererseits sollen Bewältigungs- und Copingstrategien sowie positive Einflussfaktoren fokussiert und dargestellt werden.

### 3.1 Die Bedeutung und Entwicklungsaufgaben der Familie

Die Familie wird von Hackenberg (2008) als vorrangige Sozialisationsinstanz eines Kindes beschrieben, die auch weiterhin für Jugendliche und Erwachsene im Leben einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Insbesondere emotionale Nähe sowie gemeinsame Werte und Ziele werden in familiären Beziehungen auch in der heutigen Zeit weiterhin gesucht (Hackenberg, 2008, 42).

Die Autorin nennt in diesem Zuge die pädagogisch-psychologische Definition von Familie nach Hofer:

„Familie ist eine Gruppe von Menschen, die durch nahe und dauerhafte Beziehungen miteinander verbunden sind, die sich auf eine nachfolgende Generation hin orientiert und die einen erzieherischen und sozialisatorischen Kontext für die Entwicklung der Mitglieder bereitstellt“ (Hofer, 2002, 6).

Im Rahmen der Familienforschung wurde das Konzept der Familienentwicklungsaufgaben entwickelt und etabliert, bei dem der Familienlebenszyklus in sechs Phasen eingeteilt wird. Jede Phase wird mit einem Stadium betitelt und durch signifikante Herausforderungen und normative Erwartungen gekennzeichnet (Schneewind, 1999, 96). Angenommen wird bei dem Konzept, dass jede Familie diese Abfolge von verschiedenen Phasen durchläuft bzw. durchlebt und dies im günstigen Verlauf zu einer positiven Entwicklung aller Familienmitglieder beiträgt.

Einen Überblick über die verschiedenen Stadien der Familienentwicklungsaufgaben bietet das im Folgenden vorgestellte Phasenmodell von Hofer (2002).

**Tab. 5: Stadien der Familienentwicklung**

Stadium in der Familienkarriere	Stadienspezifische Familienentwicklungsaufgaben
<b>1. Die Familienbildung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sich auf Kinder einstellen, sie bekommen und ihr Dasein individuell bewältigen;</li> <li>• das Kind in die Paarbeziehung integrieren;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Entwicklung des Kindes im emotionalen, kognitiven und Verhaltensbereich fördern.</li> </ul>
<b>2. Die Erweiterung der Familie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das neue Kind und die veränderte Situation individuell verarbeiten;</li> <li>• das neue Kind in die Familie integrieren;</li> <li>• Bedingungen für die Entwicklung der Geschwisterbeziehung herstellen.</li> </ul>
<b>3. Familien mit Schulkindern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewältigung der schulischen Erwartungen;</li> <li>• Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Familie und Beruf;</li> <li>• Bereitstellung günstiger familialer Bedingungen für die schulische Entwicklung.</li> </ul>
<b>4. Familien mit Jugendlichen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewahren der familialen Verbundenheit;</li> <li>• gemeinsame Umgestaltung der asymmetrischen Eltern-Kind-Beziehung;</li> <li>• Zugestehen eines höheren Ausmaßes an Autonomie der Familienmitglieder.</li> </ul>
<b>5. Erwachsene mit Kindern im frühen Erwachsenenalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuaushandeln des Ehesystems als Dyade;</li> <li>• Erreichen einer höheren Gleichberechtigung in der Eltern-Kind-Beziehung;</li> <li>• Öffnen der Familiengrenzen für Schwiegerkinder.</li> </ul>
<b>6. Familien mit Kindern im mittlerem Erwachsenenalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung von filialer Reife;</li> <li>• Gestaltung von Großeltern-Enkel-Beziehungen;</li> <li>• Umgang mit möglicher Morbidität und Pflegebedürftigkeit.</li> </ul>

Quelle: Hofer (2002, 22).

Schneewind (1999) erläutert, dass die oben dargestellten Entwicklungsaufgaben einer Familie normativ sind, d. h. es handelt sich um die im Lebenslauf durchschnittlich zu erwartenden Entwicklungsaufgaben, die keinesfalls auf jede Familie zutreffen. Weiterhin kann der Fall nicht-normativer Aufgaben, mit denen eine Familie umgehen muss, eintreten. Beispielhaft seien hierfür elterliche Beziehungskonflikte und –krisen (inkl. Trennung und Scheidung), ökonomische Schwierigkeiten (Arbeitslosigkeit, finanzielle Belastungen) sowie gesellschaftliche oder politische Krisen (Krieg, Vertreibung, Diskriminierung) genannt. Der Tod, eine schwere Erkrankung oder die Behinderung eines Familienmitglieds zählen ebenfalls zu den nicht-normativen Familienentwicklungsaufgaben. Es ist davon auszugehen, dass derart nicht-normative Lebensereignisse sich auf die Aufgaben einer Familie in verschiedenen Phasen auswirken und einen speziellen Umgang aller Familienmitglieder mit der besonderen Situation einfordern (Schneewind, 1999, 100).

Inwieweit die Behinderung eines Kindes Einfluss auf das Familiensystem nimmt und welche Risiken und Chancen damit verbunden sind, findet in diesem Kapitel eingehende Erläuterung.

### **3.2 Die Situation der Familie mit einem behinderten Kind**

Hackenberg (2008) beschreibt die Geburt eines behinderten Kindes bzw. das Eintreten einer Behinderung bei einem kleinen Kind als ein nicht erwartetes und nicht erwünschtes Ereignis, das bei den Eltern oftmals zu einer Krise führt und sie aus ihrem bisherigen Alltag herauslöst. Weiterhin führt die Autorin an, dass die Behinderung eines Kindes bei den Eltern mit starken negativen Gefühlen besetzt ist und als gesteigerte Belastung empfunden wird. Es finden in der Zeit nach Eintritt Auseinandersetzungen und Anpassungsprozesse statt, gefolgt von sich immer wieder ändernden Anforderungen an das Familiensystem (Hackenberg, 2008, 44 f.).

Im Hinblick auf diverse vorliegende Studien zum Thema „Familien mit behinderten Kindern“ ist eine eher defizitorientierte Perspektive zu verzeichnen. Heckmann (2004) kritisiert jedoch diese Sichtweise als „einseitig“. Der Autor argumentiert, dass dies der Gefahr unterliege „besonders auf die schwierigen und nicht gelingenden Bewältigungsprozesse zu fokussieren und Unterstützungsbedarfe zu konstruieren, wo

keine sind bzw. vorhandene Problemsituationen der Familie zu überschätzen“ (Heckmann, 2004, 44). Zudem sei es auch nicht zwingend, dass die Behinderung des Kindes das primäre Familienmerkmal darstelle, mit dem eine Familie sich selbst beschreibt oder auch durch Dritte beschrieben würde. Vielmehr könnte auch von einer individuellen Ausprägung der Intensität von Herausforderungen, Belastungen oder auch Bereicherungen ausgegangen werden. Diese Individualität ist durch die Vielzahl von Faktoren anzunehmen, die ein Familienleben und damit auch den Umgang mit einer Behinderung beeinflussen bzw. bestimmen. Beispielhaft werden die Persönlichkeitsmerkmale von Eltern und Kindern, die konkreten Lebensbedingungen sowie die sozialen Netzwerke genannt (Heckmann, 2004, 5 f.). Gleiche bzw. ähnliche Aspekte wurden auch hier im Kapitel 2.6 als allgemeine Einflussfaktoren auf die Geschwisterbeziehung herausgearbeitet. Dabei wurde ebenfalls deutlich, dass in der Regel nicht ein einzelner Einflussfaktor entscheidend für die Entwicklung der Geschwisterbeziehung sowie auch für die Entwicklung der Individuen ist.

Neue Forschungen, insbesondere aus dem englischsprachigen Raum, nehmen vermehrt Bezug auf die positiven Einflüsse der Behinderung eines Kindes auf die Familie. Stellvertretend hierfür stehen beispielsweise Blacher et al. (2007), die im Rahmen zweier Studien den positiven Einfluss eines Kindes mit geistiger Behinderung auf die Familie untersuchten.

### **3.2.1 Herausforderungen und Stressoren**

Es gibt eine Reihe „nicht-normativer“ Aufgaben, deren Bewältigung von einer Familie im Laufe ihres Lebens gefordert sein kann. Diese können besondere Herausforderungen darstellen und sind dann in der Regel mit Stress verbunden. Die Geburt eines behinderten Kindes stellt eine Familie vor eine solche neue Herausforderung. Eine veränderte Situation tritt dabei zunächst in vielerlei Hinsicht, abhängig von der Ausprägung der Behinderung sowie der Familienkonstellation, ein. Belastungen bzw. Probleme können damit einhergehen. Gerade in der perinatalen und postnatalen Phase kann von einer besonders ausgeprägten Belastungssituation ausgegangen werden (Hackenberg, 2008, 46). Das 1. Stadium („Familienbindung“)

oder das 2. Stadium („Erweiterung der Familie“) im Konzept der Familienentwicklungsaufgaben (vgl. Kap. 3.1) ist damit nicht-normativ ausgestaltet. Gleiche bzw. ähnliche Herausforderungen seien angenommen für die Anfangszeit einer eingetretenen Behinderung, die nicht bereits ab der Geburt besteht. Hierbei ist ggf. aber ein anderes, späteres Stadium in der Familienkarriere als erstes betroffen.

Hackenberg (1992) führt des Weiteren hierzu aus, dass es sich aber nicht nur um eine einmalige Umstellung, sondern im Verlauf der Familienkarriere bzw. dem Heranwachsen des Kindes um einen kontinuierlichen Umorientierungsprozess auf Grund sich ändernder Belastungen und Anforderungen handelt (Hackenberg, 1992, 11).

Die Besonderheiten, die durch eine Behinderung eines Kindes für die Familie entstehen können, teilt Heckmann (2004) in drei Ebenen ein:

1. die Ebene der Alltagsgestaltung
2. die Ebene der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen und persönlichen Wertvorstellungen
3. die Ebene der Gestaltung sozialer Beziehungen.

Daraus leiten sich eine Vielzahl von neuen Aufgaben für die Familie ab, wie

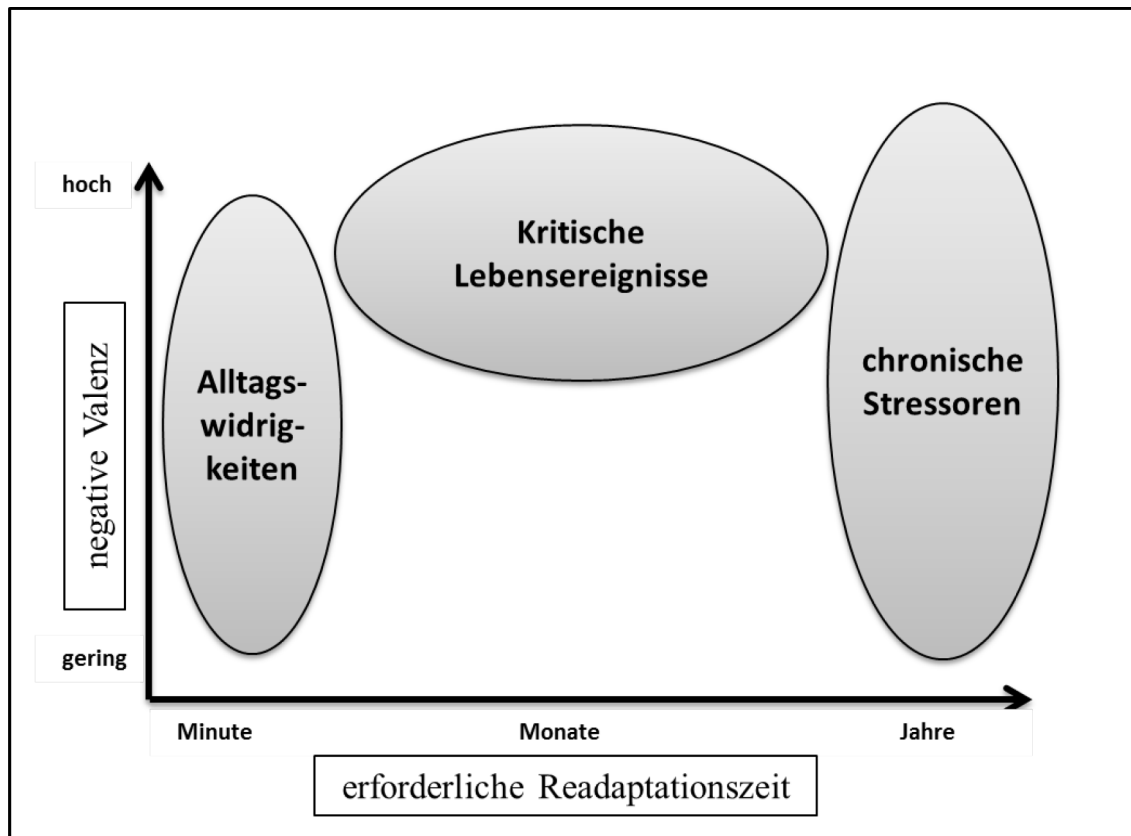
- die Erweiterung der vorhandenen intuitiven Erziehungskompetenzen
- die Suche nach geeigneten Förder-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten
- die Reflexion eigener und fremder Wertvorstellungen
- die Auseinandersetzung mit der Gestaltung sozialer Beziehungen

Heckmann (2004, 10 f.).

Die wissenschaftliche Analyse bzw. Auseinandersetzung von Belastungen im familiären Leben kann eine bereits längere Historie vorweisen und wird mit dem Begriff Familienstressforschung betitelt. In diesem Forschungszweig wurden ab ca. den 1930er Jahren zahlreiche Studien durchgeführt und Modelle entwickelt. Eine Ausarbeitung, die an dieser Stelle passend scheint, stammt von Perrez et al. (1998). Diese unterscheiden bestimmte Faktoren innerhalb eines Familiensystems und stellen diese anhand einer Abbildung dar. So bestehen im Rahmen dieser Darstellung drei

Stressortypen, denen unterschiedliche Ausprägungen von Belastungserleben (negative Valenz) und Belastungsverarbeitung (erforderliche Readaptationszeit) zugeordnet sind.

**Abb. 1: Valenz und Readaptationszeit als Dimension von Stressortypen**



Quelle: Perrez et al. (1998, 20).

Als kritische Lebens- bzw. Familienereignisse werden kurz- bis mittelfristige, jedoch sehr negative Situationen in einem Familienleben angesehen (beispielhaft der Tod eines Familienangehörigen, der Verlust des Arbeitsplatzes, der Auszug eines erwachsenen Kindes). Derartige Erlebnisse sind gekennzeichnet von mittlerer Adaptionzeit und hoher negativer Valenz (Perrez et al., 1998, 21).

Chronischer Familienstress als zweiter Stressorentyp ist durch das langfristige Bestehen einer Belastung charakterisiert. Die dabei bestehende Adaptionzeit wird als besonders hoch bewertet, wobei die Intensität des Belastungsgrades stark variieren kann. Hierzu wird die Versorgung eines behinderten Familienmitglieds als ein Beispiel angeführt.

Unter Alltagswidrigkeiten sind abschließend kurzfristig auftretende Belastungen auf Grund gesundheitlicher, beruflicher oder finanzieller Situationen zu verstehen. Diese weisen einen zeitlich begrenzten, niedrig bis hohen Belastungsgrad auf (Perrez et al., 1998, 20).

Die Behinderung eines Kindes kann gemäß der oben skizzierten Stressorentypisierung zunächst als ein kritisches Lebensereignis eingestuft werden, das in der Folge einen chronischen Stressor darstellen kann.

Als eine konkrete, vordergründige Belastung, die durch die Behinderung eines Kindes für die Familie entstehen kann, führt Hackenberg den zeitlichen und finanziellen Mehraufwand an. Hieraus resultierend wird eine vergleichsweise schlechtere ökonomische Situation angenommen, da die Erwerbstätigkeit mindestens eines Elternteiles eingeschränkt wird und ein gleichwertiger finanzieller Ausgleich bzw. eine Unterstützung nicht erfolgt. Durch den zeitlichen Mehraufwand können des Weiteren soziale Beziehungen leiden bzw. zuvor bestandene Zugehörigkeiten schwinden. In diesem Zusammenhang spielen auch Aspekte der Diskriminierung sowie der sozialen Neuorientierung eine Rolle (Hackenberg, 1992, 46 ff.).

Durch eine Behinderung kann es auch zu einer Verschärfung von rollenspezifischen Konflikten bei den Eltern kommen.

**Tab. 6: Rollenspezifische Konflikte bei Eltern**

Rollenspezifische Themen und Konflikte von Müttern behinderter Kinder:

- verschärfter Autonomie-Abhängigkeitskonflikt
- verstärkte Schuldgefühle bei der Verwirklichung von Wünschen nach Eigenständigkeit
- stärkere Identitätsverunsicherung beim Statuswechsel von der Frau zur Mutter

Rollenspezifische Themen und Konflikte von Vätern behinderter Kinder:

- verstärkte familiäre Randstellung durch (Re-)Traditionalisierung der Rollenverteilung
- gesellschaftliche Vernachlässigung ihrer Bedeutung wie ihrer Probleme
- Vereinsamung durch rollenspezifisches Beziehungsverhalten (Reduzierung des emotionalen Austausches)

Quelle: In Anlehnung an Hackenberg, 1992, 51.



Thimm (2006, 131 ff.) unterteilt die Belastungssituation zunächst in zwei Kategorien von Aspekten. Zum einen makrosoziologische Aspekte, d. h. von außen auf die Familie einwirkende Belastungen oder Reaktionen, wie insb. eine Desintegrationstendenz.

Zum anderen die Aspekte der intrafamilialen Sozialbeziehungen, also die Familienstruktur und –dynamik.

Anders und stärker differenziert Heckmann (2004, 17 f.) mit der Aufstellung von vier Ebenen möglicher Belastungsfaktoren bzw. Stressoren im familiären Leben mit einem behinderten Kind. Hierbei führt er konkret einzelne Aspekte auf.

**Tab. 7: Ebenen von Belastungsfaktoren**

Ebene	Mögliche Stressoren und Belastungen
Eltern-Kind-Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungsaufbau und –pflege unter erschwerten Bedingungen (z. B. fehlende Sprache, erschwerte Kommunikation)</li> <li>• Besonderer Betreuungs-, Pflege- und Erziehungsbedarf des Kindes</li> <li>• Umgang mit Verhaltensbesonderheiten des Kindes (z. B. Unruhe, Schlafstörungen, Aggressivität, Ängstlichkeit)</li> </ul>
Familiäre Alltags- und Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Anforderungen bezüglich des Zeitmanagements</li> <li>• Fehlen von bzw. Mangel an zeitlichen (und eventuell gedanklichen) Freiräumen, vor allem für die               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paarbeziehung</li> <li>○ Geschwisterbeziehung</li> </ul> </li> <li>• hohe Anforderungen, gesamtfamiliäre Kommunikations- und Interaktionsstrukturen für alle Beteiligten angemessen zu gestalten</li> </ul>
Außerfamiliäre Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfrontation mit öffentlichen Reaktionen auf die Behinderung des Kindes</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungen sozialer Regelverletzungen im Sinne des Fehlens adäquater Anerkennung, Achtung und Unterstützungsbereitschaft im sozialen Kontext</li> <li>• Abnahme sozialer Kontakte</li> <li>• erschwerter Zugang zu benötigten institutionellen Hilfsangeboten</li> <li>• unbefriedigte Gestaltung des Kontaktes zu Fachleuten</li> </ul>
Individuelle, insbesondere emotionale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorge um die Zukunft des Kindes, ungewisse Zukunftsaussichten und deren Auswirkungen auf die familiäre Situation</li> <li>• Nachdenken über die Behinderung (Ambivalenz von Akzeptanz und Ablehnung, Sinnfragen, Schuldfragen)</li> <li>• Zweifel an eigener Handlungsfähigkeit und persönlicher Kompetenz</li> <li>• Vernachlässigung eigener Bedürfnisse und Interessen</li> </ul>

Quelle: Heckmann (2004, 17 f.)

### 3.2.2 Positive Bewertung und persönliche Bereicherung

Neben den dargestellten möglichen Belastungen und Herausforderungen für eine Familie sind auch positive Empfindungen und persönlich bereichernde Aspekte durch die Behinderung eines Kindes nachgewiesen. Diese wurden insbesondere in den letzten Jahren im Rahmen der Betrachtung von familiären und persönlichen Bewältigungsstrategien ersichtlich. Es ist dabei insgesamt erkennbar, dass in den meisten Fällen ein langfristig zufriedenstellendes Familienleben möglich ist (Engelbert, 1999; Thimm & Wachtel, 2002).

Die in Studien von Eltern erläuterten Effekte beziehen sich insbesondere auf die direkte Freude am behinderten Kind, auf die persönliche Weiterentwicklung sowie auf positive Einflüsse auf die zwischenmenschlichen Beziehungen. Hackenberg (2008) beschreibt dabei einen Prozess der Anpassung und Umorientierung hinsichtlich der eigenen Werte und Ziele. Das Vertraut werden mit dem Kind, seiner Behinderung und der veränderten Situation trägt wesentlich zu einer Überwindung der zunächst

vorherrschenden negativen Beurteilung der Situation bei (Hackenberg, 2008, 54 f.). In diesem Zusammenhang listet sie die positiven Erfahrungen von Eltern behinderter Kinder als Zusammenfassung nach Stainton und Besser (1998) sowie Taunt und Hastings (2002) auf.

**Tab. 8: Positive Erfahrungen von Eltern behinderter Kinder**

- Freude und Befriedigung durch die Fürsorge
- Das Kind als Quelle von Freude und Glück
- Festigung von Partnerschaft und Familienbeziehungen
- Entwicklung neuer Fähigkeiten
- Persönliche Weiterentwicklung der Familienmitglieder (insbesondere Toleranz und Empathie)
- Ausweitung des sozialen Netzwerks, verstärkte soziale Einbindung
- Verstärkter Sinn für Spiritualität
- Veränderte Lebensperspektive, Quelle von Lebenssinn und neuen Prioritäten

Quelle: Hackenberg (2008, 55; nach Stainton & Besser (1998), Taunt & Hastings (2002)).

So gibt es bei einer Familie mit einem behinderten Kind in der Regel also belastende Faktoren wie auch positive Empfindungen. Letztlich ist beides zusammenzuführen und hinsichtlich der Umsetzung in Bewältigung zu analysieren.

### **3.2.3 Bewältigung und Ressourcen**

Mit Belastung, Stress und der entsprechenden Bewältigung setzt sich die Familienstresstheorie auseinander, die bereits in Zusammenhang mit Stressoren und Herausforderungen (Kap. 3.2.1) Erwähnung gefunden hat. Die Begriffe Coping sowie Ressourcen haben dabei eine zentrale Bedeutung.

#### **3.2.3.1 Copingstrategien**

Der in der Medizin und Psychologie etablierte Begriff des Copings definiert sich nach Lazarus und Launier (1978) als „die Summe aller problemlösenden Anstrengungen einer Person, die sich in einer bedeutsamen, gleichwohl ihre individuellen

Anpassungskapazitäten überfordernden Lage befindet“. Mehrere Positionen, unter anderem die von Wagner Lenzin (2007), setzen den Begriff Coping mit Bewältigung gleich. Hiermit ist gemeint, dass einer Person, „konfrontiert mit einem kritischen Lebensereignis, unbewusste sowie bewusste Strategien zur Lösung der anfallenden Stresserlebnisse und Problemstellungen zur Verfügung stehen“ (Wagner Lenzin, 2007, 45).

Copingprozesse fokussieren die Auseinandersetzung einer Person mit seiner Umwelt. Angefangen bei der Wahrnehmung der Bedrohung in Belastungssituationen enden sie entweder in der Beseitigung des Stressors oder mit einer Adaption an diesen.

Copingstrategien zielen letztlich auf ein neues Gleichgewicht zwischen dem bzw. den Betroffenen und der Belastung. Sie können recht heterogen und in ihrem Erfolg differierend sein. Im Rahmen der Familienstressforschung liegen mehrere Analysen und Studien vor, die die Copingstrategien von Familien mit behinderten Kindern im Fokus haben. Dabei wird zunächst erkennbar, dass subjektive elterliche Einschätzungen der Belastungen gewichtiger sind als objektive Merkmale, wie der Schweregrad der Behinderung. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen spielen zudem eine entscheidende Rolle für die Bewältigungsmöglichkeiten. Hackenberg (2008) verweist dabei insbesondere auf die Untersuchungsergebnisse von Wilgosh et al. (2000) und stellt die Ergebnisse anschaulich wie folgt dar (Hackenberg, 2008, 62 ff.).

**Tab. 9: Strategien, Persönlichkeitsmerkmale und Entwicklungsprozesse von Eltern**

#### **Lebensstrategien der Eltern**

1. Umgewichtung (Reframing)
  - Umgewichtung des Bildes vom Kind (Wertschätzung des Kindes als Gewinn für die Familie, Stolz auf seine Entwicklung)
  - Umgewichtung des Bildes von der eigenen Elternrolle (Wertschätzung von Durchsetzungsfähigkeit, Vertrauen in die eigenen Kompetenzen im Umgang mit dem Kind)
  - Umgewichtung in der Lebensplanung (Gewinn an Flexibilität in der Alltagsplanung)
2. Umgang mit familiären Rollen und Verantwortlichkeiten
  - Partnerschaft als Ressource
  - Abgrenzung gegenüber externen Erwartungen
  - Sicherstellung der elterlichen Gesundheit in körperlicher und seelischer Hinsicht
  - Ausgleich von Zeit und Zuwendung zwischen allen Kindern der Familie
  - Wohlbefinden mit dem behinderten Kind in der Öffentlichkeit gewinnen

### 3. Nutzung von Ressourcen

- Entwicklung von Fähigkeiten zur Zusammenarbeit mit professionellen Helfern
- Entwicklung von Strategien zur Informationsgewinnung

### **Persönlichkeitsmerkmale der Eltern**

4. Persönlichkeitseigenschaften
  - Geduld, Optimismus, Entschlusskraft, Lernbereitschaft, Humor, Flexibilität
5. Entscheidungstechniken
  - Vertrauen in die Erfahrungen und Ratschläge anderer, Differenzierung zwischen emotionalen Reaktionen und rationalen Überlegungen
6. Grundüberzeugungen
  - Kontrollüberzeugung, Glaube, Vertrauen in die eigenen Kräfte und die des Kindes

### **Erleben von persönlichen Veränderungen**

7. Veränderungen von Fähigkeiten und Fertigkeiten
  - Gewinnung von Kompetenzen im Einsatz für das Kind, von Anteilnahme und persönlicher Stärke
8. Veränderungen der Bezogenheit
  - veränderte Lebensperspektive, Entwicklung neuer Werte

Quelle: In Anlehnung an Wilgosh et al. (2000).

Wie schon bzgl. der Belastungssituation sieht Hackenberg auch bzgl. der Bewältigungssituation einen stetigen Wandlungsprozess, bei dem Copingstrategien in verschiedener Ausprägung zu unterschiedlichen Lebensphasen eingesetzt werden (Hackenberg, 2008, 66).

### **3.2.3.2 Ressourcen**

Für eine erfolgreiche Bewältigung einer nicht-normativen Situation bzw. Herausforderung, wie der Behinderung eines Kindes, sind die verfügbaren Ressourcen einer Familie von einer entscheidenden Bedeutung. Hackenberg (2008) unterscheidet dabei in vier Kategorien:

Kategorie	Zentrale Faktoren
äußere Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• materielle Basis</li> <li>• Gesundheit</li> <li>• Erwerbstätigkeit</li> <li>• Wohnsituation</li> <li>• Bildungsstand</li> </ul>
personale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönlichkeitseigenschaften wie <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Optimismus</li> <li>○ Kohärenzsinn</li> <li>○ Selbstwirksamkeit</li> <li>○ Selbstwertgefühl</li> <li>○ Religion</li> </ul> </li> </ul>
familiäre Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partnerschaft</li> <li>• Familienatmosphäre</li> <li>• familiäre Unterstützung</li> </ul>
soziales Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informell</li> <li>• formell</li> </ul>

Quelle: In Anlehnung an Hackenberg (2008, 67).

Belegt ist, dass es keine lineare Abhängigkeit zwischen der Schwere der Behinderung eines Kindes und der daraus bestehenden Familienbelastung besteht. Vielmehr sind die Ressourcen der Familie für die Auseinandersetzung und Bewältigung der Belastung durch die Familie entscheidend. Die skizzierten Copingstrategien und Ressourcen sind in einem engen Zusammenhang zu sehen und beeinflussen sich gegenseitig.

### **3.3 Besonderheiten von Geschwistern behinderter Kinder**

Geschwister behinderter Kinder sind -wie die Familie insgesamt- zunächst einmal mit einer nicht-normativen Situation konfrontiert. Dieser Fakt kann die Entwicklung eines Geschwisterkindes sowohl in positiver und in negativer, als auch in starker oder geringfügiger Weise beeinflussen. Im Rahmen der Geschwisterforschung gibt es inzwischen durchaus vielfältige Analysen zur Situation von Geschwistern eines behinderten Kindes. Hackenberg (2008) konstatiert hierzu, dass im Allgemeinen davon ausgegangen wird, dass die Geschwisterkinder einer Reihe von potentiellen Belastungen ausgesetzt sind. Gleichzeitig stellt sie jedoch auch fest, dass eine Belastung individuell ausgeprägt und von heterogenen Faktoren abhängt. Hierdurch falle eine Nachweisführung schwer, ob und in welcher Form ein Geschwisterkind in der Lebenssituation und persönlichen Entwicklung beeinträchtigt sei (Hackenberg, 2008, 72 f.). Achilles (2013) stellt bereits einleitend in ihren Ausführungen fest, dass es weder für Eltern noch für Geschwisterkinder ein Handbuch zum Umgang und zur Bewältigung der Situation gäbe (Achilles, 2013, 12).

#### **3.3.1 Belastungen und Risiken**

Es lassen sich zunächst eine Reihe von Besonderheiten in der Situation von Geschwistern eines behinderten Kindes ausmachen. Hierzu haben unter anderen Achilles (2013, 42 ff.) und Hackenberg (1983 bzw. auch 2008, 72 ff.) Stellung genommen.

Es ist schlüssig, dass die Geschwisterkinder als Teil der Familie grundsätzlich zunächst den gleichen Stressoren ausgesetzt sind wie Eltern und ggf. andere Familienmitglieder. Es ist des Weiteren auch anzunehmen, dass die skizzierten Einschränkungen und Belastungen innerhalb der Familie Einfluss auf ein Geschwisterkind nehmen können.

Zur Strukturierung werden im Folgenden daher die vier Ebenen der Belastungsfaktoren bzw. Stressoren von Heckmann erneut aufgegriffen und aus dem Blickwinkel der Geschwisterkinder konkretisiert.

Bezüglich der Eltern-Kind-Beziehung sowie der familiären Alltags- und Beziehungsgestaltung weisen Görres (1987), Hackenberg (2008) und Achilles (2013) auf das Risiko hin, dass durch die besondere Belastung der Eltern die Beziehung zu

dem Geschwisterkind wesentlich beeinflusst werden kann. Konzentrieren sich Aufmerksamkeit, Kraft und Energie, Zuwendung sowie der zeitliche und finanzielle Aufwand stark beim Kind mit Behinderung, werden die Lebensrechte und Lebensgewohnheiten der anderen Familienmitglieder dadurch eingeschränkt. Dies kann insbesondere beim Geschwisterkind zu einem Mangel führen (Görres, 1987, 46). Achilles (2013) nennt hierzu insbesondere emotionale Bedürfnisse wie Zuwendung, Anerkennung und Hilfe. Erschwerend kommen an dieser Stelle für das Geschwisterkind eine geforderte Rücksichtnahme und eine unterdrückte Aggression hinzu, denn dadurch kann die Mitteilung von Bedürfnissen des Kindes an die Eltern noch weiter beschränkt sein. Letztlich besteht das Risiko, dass der Kontakt zwischen Geschwisterkind und Eltern unzureichend intensiv ist (Achilles, 2013, 46).

Die Geschwisterbeziehung wird in einem folgenden Abschnitt noch genauer betrachtet. Festzustellen ist allerdings grundsätzlich schon einmal, dass die Geschwisterkinder zunächst früh mit Leid, menschlicher Schwäche und Unvermögen konfrontiert sind (Hackenberg, 2008, 73). Sie sammeln Erfahrungen mit Krankheit, Gebrechlichkeit und Hilfebedürftigkeit. Damit im Zusammenhang steht auch die häufig an sie gestellte Anforderung, Rücksicht zu üben und Verantwortung zu übernehmen. Natürliche, normative Aspekte im Zusammenhang mit der Geschwisterbeziehung wie Rivalität, Durchsetzungsvermögen und Konkurrenzverhalten sind untersagt oder auch auf Grund der Behinderung gar nicht möglich. Identitätsfindung, Abgrenzung und Nähe sind Prozesse, die beeinträchtigt werden können. Häufig erleben die Geschwisterkinder auch die Geschwisterfolge anders, d. h. Positionen im Familiensystem können durch die Behinderung verschoben sein. Beispielsweise „überholt“ ein jüngeres Kind irgendwann sein behindertes Geschwisterkind in der Entwicklung, wodurch die Hierarchie verschoben werden kann (Achilles 2013, 44 ff.).

Auf der Ebene der außerfamiliären Kontakte werden Geschwisterkinder allgemein eingeschränkt bzgl. sozialer Kontakte sowie konfrontiert mit gesellschaftlicher Norm bzw. Diskriminierung und Stigmatisierung gesehen. So schätzt Achilles (2013) die Möglichkeiten, Freundschaften zu schließen, als eingeschränkt ein. Dies beginnt mit Fällen, bei denen Freunde der Geschwisterkinder auf Grund des behinderten Kindes nicht gerne zu Besuch kommen (Achilles, 2013, 46). Insgesamt leben die Kinder in einer



„außergewöhnlichen“ Familie. Sie befinden sich dabei im Konflikt zwischen familiärer Norm, das behinderte Kind zu akzeptieren und anzunehmen, und den ihnen begegnenden gesellschaftlichen Normen, die bis hin zu einer Abgrenzung und Ablehnung behinderter Menschen reichen können (Hackenberg, 2008, 73). Insbesondere im 3. Stadium (Familien mit Schulkindern) und 4. Stadium (Familien mit Jugendlichen) der Familienkarriere ist Konformität und ein Leben nach der Norm für Kinder bzw. Jugendliche eine wichtige Bestrebung. Diese kann durch die Behinderung allerdings belastet werden.

Abkapselungstendenzen der betroffenen Familie, ggf. auch resultierend aus geringer (Frei-)Zeit und erhöhter Müdigkeit rein unbewusst, addieren sich zum Risiko auf der Ebene der außerfamiliären Kontakte dazu (Achilles, 2013, 46).

Die individuelle, insbesondere emotionale Ebene betreffend, lernen Geschwisterkinder häufig schnell, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und sich anzupassen. Dies kann laut Achilles (2013) zu unbewusster Wut und unterdrückter Aggression führen. Ein Ausleben dieser Gefühle ist jedoch auf Grund der Beeinträchtigung und Hilflosigkeit des behinderten Kindes nicht möglich bzw. akzeptiert. Vielmehr haben Studien aufgezeigt, dass Eltern vergleichsweise weniger verständnisvoll auf negative Gefühlsausbrüche von Geschwistern behinderter Kinder reagieren. Loyalität, Toleranz und Rücksichtnahme sind die geforderten Verhaltensweisen. Die Unterdrückung von Aggression kann jedoch dazu führen, dass ein freier, spielerischer Geschwisterumgang darunter leidet, da auch Spontanität, Humor und Albernheiten nicht im natürlichen Maße ausgelebt werden (ebd., 42 ff.).

Entstehen unterdrückte Aggressionen dem Kind mit Behinderung gegenüber, kann es andererseits auch zu Schuldgefühlen und Scham für die eigenen negativen Gedanken und Gefühle kommen. Auch des Bewusstsein der eigenen Überlegenheit im Bereich der Gesundheit, Fähigkeiten und Intelligenz kann zu vermehrten Schuldgefühlen beitragen. Hierzu tragen Fragestellungen bei, wie:

- „Warum hat die Behinderung meine Schwester getroffen?“
- „Warum hat sie so ein schweres Schicksal?“

Der Umgang mit Schuldgefühlen ist recht heterogen und reicht von Altruismus bis hin zu Distanzierung und Gefühlsverdrängung. Letztlich besteht das Risiko, dass das

Gefühlsleben eingeschränkt und die persönliche Entwicklung beeinträchtigt wird (ebd., 44 f.).

Angst vor einer eigenen Erkrankung bzw. Behinderung kommt in einem signifikant größeren Maße hinzu, da das Bewusstsein für die eigene Unversehrtheit deutlich stärker ist als bei Gleichaltrigen, die ohne behindertes Familienmitglied aufwachsen (ebd., 47). Insbesondere im jüngeren Alter können Ängste auftreten, dieselbe Erkrankung bzw. Behinderung wie der Bruder oder die Schwester zu bekommen, stellen Lavin und Sproedt (2004, 62) fest.

Zu betonen ist an dieser Stelle, dass es sich bei den dargestellten Stressoren und Risiken lediglich um mögliche Auswirkungen auf ein Kind handelt. Wie insgesamt in der Familienforschung mit Bezug zur Behinderung hat sich ein Perspektivenwechsel vollzogen – von einer Defizitorientierung hin zu einer breiteren Perspektive. In den letzten Jahren wird hauptsächlich davon ausgegangen, dass das gemeinsame Aufwachsen mit einem behinderten Geschwisterkind auch positive Auswirkungen hat (Hackenberg, 2008, 79 ff.).

### **3.3.2 Positive Bewertung und persönliche Bereicherung**

Positive Auswirkungen, die sich durch das gemeinsame Heranwachsen mit einem behinderten Kind ergeben, wurden hauptsächlich durch Befragungen von Eltern sowie der Geschwisterkinder selbst ermittelt. So werden als positive Effekte insbesondere eine Förderung von Toleranz und Mitgefühl (Summers et al., 1994), ein höheres Maß an Verständnis und Offenheit im Umgang mit Menschen sowie eine größere Frustrationstoleranz und ein angemesseneres Konfliktverhalten (Hackenberg, 1992) genannt. Größere Reife und ein erhöhtes Verantwortungsgefühl waren positiv besetzte Effekte, die Taunt und Hastings (2002) bei einer Elternbefragung ermittelten. Hackenberg (1992) stellte bei einer Befragung von Jugendlichen fest, dass die überwiegende Mehrheit (87 %) einen persönlichen Gewinn aus den Erfahrungen mit dem behinderten Geschwisterkind ziehen konnte. Genannt wurden insbesondere Aspekte wie eine soziale Einstellung, eine positive, offene Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung, eine höhere Selbstständigkeit sowie eine bewusste und intensive Lebenseinstellung (Hackenberg, 1992, 77).

Ähnlich wie bei den Eltern bzw. der Familie allgemein, sind also auch bei den Geschwisterkindern verschiedene positive Effekte möglich und belegt.

### 3.3.3 Bewältigung und Ressourcen

Die persönliche Balance bzw. die Bewältigung der nicht-normativen Situation sind wie für alle Familienmitgliedern natürlich auch besonders für die Geschwister von behinderten Kindern relevant. Wie bereits beschrieben, sind hierfür entsprechende Bewältigungsstrategien sowie verfügbare Ressourcen entscheidend.

In Anlehnung an Hackenberg (2008) üben die in folgende Tabelle dargestellten Bedingungsfaktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Bewältigungsprozesse der Geschwisterkinder aus. Bei der Darstellung wurde eine ressourcenorientierte Formulierung fokussiert.

**Tab. 10: Ressourcen für Geschwister behinderter Kinder**

Kategorie	Zentrale Faktoren
äußere Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angemessene sozioökonomische Basis</li> <li>• Raum (z. B. angemessene Wohnungsgröße)</li> <li>• Zeit für spezielle Eltern-Geschwister-Aktivitäten</li> <li>• Mobilität der Familie</li> </ul>
personale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwertgefühl</li> <li>• Psychische Gesundheit</li> <li>• Bewältigungsstrategien</li> </ul>
familiäre Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienzusammenhalt</li> <li>• Offene Kommunikation</li> <li>• Differenzierte elterliche Zuwendung</li> </ul>

soziales Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indirekt über Hilfen für die Familie</li> <li>• Direkt über Geschwistergruppen u. Ä.</li> </ul>
-------------------	--

Quelle: In Anlehnung an Hackenberg (2008, 110).

Grossman kam bei einer Untersuchung der Bewältigungsstrategien der Geschwister zu folgenden relevanten Einzelaspekten bzw. Ansatzpunkten.

**Tab. 11: Weitere Ansatzpunkte zur Bewältigung**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erleben und Zugeben positiver wie negativer Gefühle dem behinderten Geschwister gegenüber;</li> <li>• ein gewisses, aber nicht übermäßiges Interesse an den Aktivitäten des behinderten Geschwisters;</li> <li>• ein Selbstbild, das weitgehend unabhängig ist vom Bild des behinderten Geschwisters;</li> <li>• eine relativ geringe subjektive Belastung beim gemeinsamen Auftreten mit dem behinderten Geschwister in der Öffentlichkeit;</li> <li>• offene Gespräche mit Freunden über die Behinderung;</li> <li>• Erfolg im Leistungs- und sozialen Bereich als Kriterien allgemeiner Lebensbewältigung.</li> </ul>
---

Quelle: Grossman (1972), zitiert nach Hackenberg (2008, 105).

Eine Balance zwischen dem Interesse am Bruder oder der Schwester mit Behinderung und der persönlichen Entfaltung gilt als wichtig für eine erfolgreiche Verarbeitung der nicht-normativen Situation. Die soziale Unterstützung der Geschwister hat sich in mehreren Untersuchungen als Schutzfaktor herausgestellt, womit familiäre Ressourcen und soziale Netzwerke eine definierte Bedeutung für die Bewältigung der besonderen Entwicklungssituation darstellen.

Als wesentlich wird insbesondere auch die Qualität der familialen Interaktionen angesehen. „Guter Familienzusammenhalt, eine stabile elterliche Partnerschaft und ein geringes familiäres Konfliktniveau tragen zu einer günstigen Entwicklung von Geschwistern behinderter Kinder bei“, resümiert Hackenberg (2008, 103). Da die Eltern eine Vorbildfunktion bzw. ein Orientierungspunkt im Hinblick auf den Umgang

mit dem Kind mit Behinderung darstellen, sind deren Akzeptanz und Umgang auch auf das Verhalten der Geschwister beeinflussend. Offene Kommunikation und auch die eigene Abgrenzung gelten dabei als zentral. Eine altersgerechte Information der Geschwisterkinder über die Behinderung des Bruders oder der Schwester sind wichtig, um Möglichkeiten zur Entwicklung von Verarbeitungsstrategien sowie zur Partizipation an Entscheidungen innerhalb der Familie schaffen zu können (Grünzinger, 2005).

Intakte soziale Netzwerke als weitere wesentliche Ressource sind begünstigend sowohl für die ganze Familie als auch individuell für das nichtbehinderte Geschwisterkind. Durch die Nutzung informeller und formeller familienbezogener Unterstützungsangebote (z. B. familienunterstützender Dienste) kann den nichtbehinderten Kindern zum einen mehr individuelle Zeit mit den Eltern ermöglicht werden. Zum anderen steht durch spezielle Gruppenangebote ein wichtiges Feld für Kontakt- und Austauschmöglichkeiten zur Verfügung. Weitere Details hierzu werden im Abschnitt zu den Hilfsangeboten für Geschwister angeführt (Hackenberg, 2008, 111).

### **3.4 Abhängigkeitsvariablen für eine gesunde Entwicklung der Geschwister**

Achilles (2013) ist der Auffassung, dass die Entwicklung der Brüder und Schwestern, die mit einem behinderten Geschwisterkind aufwachsen, in keiner Weise festgelegt ist. Sie können sowohl stark unter der Situation leiden als auch äußerst positiv mit ihr umgehen und Ressourcen generieren (Achilles, 2013, 90). Dies hängt von vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren ab und kann deshalb nicht verallgemeinernd betrachtet werden. Von einer gelungenen Entwicklung des Geschwisterkindes, so Achilles (2013), kann gesprochen werden, wenn es

- überwiegend eine gute Beziehung zu dem behinderten Kind hat.
- so sicher und kompetent wie möglich mit dem behinderten Kind umgeht.
- sich gegenüber dem behinderten Kind abgrenzen kann, also nicht glaubt, ständig in Bereitschaft sein zu müssen.
- auch negative Gefühle dem behinderten Kind gegenüber empfindet und diese Gefühle zugeben kann.
- sich in der Öffentlichkeit (meist) nicht (mehr) mit dem behinderten Kind schämt.

- ein überwiegend positives Selbstbild hat.
- seine Zukunft unabhängig vom behinderten Kind plant.

(Achilles, 2013, 92).

Im Folgenden werden einige Bedingungsfaktoren angeführt, die entscheidend dafür sind, ob die Entwicklung des Geschwisterkindes einen positiven oder negativen Verlauf nimmt.

### **3.4.1 Die Einstellung der Eltern und ihre Beziehung zueinander**

Eine wichtige Rolle spielt laut Achilles (2013) die Persönlichkeit der Eltern, d. h. wie selbstbewusst sind die Eltern im Allgemeinen und auf welche eigenen Wertvorstellungen und Erfahrungen können diese zurückgreifen. Ein positives Selbstbild lässt somit beispielsweise einen besseren Umgang mit der Situation annehmen. Als weiterer relevanter Faktor ist die Akzeptanz der Behinderung zu sehen. Hierbei werden drei Stufen des Verarbeitungsprozesses unterschieden. Die Phase der „Leugnung“, die Phase der „Ursachenforschung“ und die Phase der „Akzeptanz“. Letzteres ist die am längsten andauernde Phase und ist von großer Relevanz für eine günstige, familiäre Beziehung. Weiterhin von großer Bedeutung ist das Klima innerhalb der Familie. Hierzu zählt unter anderem die Einstellung und Haltung der Eltern gegenüber dem behinderten Kind. Ist diese positiv, wirkt sich dies ebenfalls begünstigend auf die Geschwister aus. Zudem ist die Beziehung der Eltern untereinander ein wichtiger Einflussfaktor. Positiv zeigt sich, wenn die Beziehung geprägt von Offenheit, gleichen Einstellungen etc. ist, was sich laut Studien zufolge (Hackenberg, 2008) als nicht immer einfach gestalten lässt, da ein Kind mit einer Behinderung nun einmal besondere Herausforderungen an die Familie stellt. Außerdem sind, so Achilles (2013), Außenkontakte der Familie als relevant für eine gesunde Entwicklung der Geschwister einzustufen. Hierzu zählen insbesondere auch Kontakte zu Paaren mit nicht-behinderten Kindern, da es in diesem Rahmen auch möglich wird, andere Themen zu besprechen. Da ein behindertes Kind und die dazugehörige Betreuung bzw. teilweise Pflege sehr zeitintensiv ist, ist es von großer

Bedeutung sich als Eltern bewusst auch dem nicht-behinderten Kind zuzuwenden. Hierfür ist eine gute Zeiteinteilung unerlässlich (Achilles, 2013, 93 ff.).

Neben den eben angeführten Faktoren, die großen Einfluss auf die gesunde Entwicklung der Geschwisterkinder haben, ist zudem noch die Zufriedenheit der Mutter zu nennen. Dieser, so Hackenberg (in Achilles, 2013, 55), ist die größte praktische und emotionale Belastung zuzuteilen. Über die Tatsache, wie Väter die Behinderung eines Kindes bewältigen, wurde bislang noch nicht eingehend geforscht, daher existieren diesbezüglich noch wenig belegbare Ergebnisse. Palm und Eckert (2008) konnten in einer Studie nachweisen, dass das Leben mit einem behinderten Kind das Stressbewusstsein der Väter in hohem Maße beeinflusst. Weiterhin bekannt ist, dass Väter weniger Strategien besitzen, Probleme zu bewältigen, was zu dem Schluss führen kann, dass es ihnen womöglich psychisch schlechter geht als den Müttern. Diese setzen sich in der Regel im Alltag aktiv mit der Situation auseinander, wodurch sie gute Möglichkeiten besitzen, Belastungen zu verarbeiten und zu bewältigen (Achilles, 2013, 55).

Die Rolle, Art und Schwere der Behinderung ist ebenfalls nicht ungeachtet zu lassen. Zwar ist die persönliche Reaktion auf die Behinderung in erster Linie davon abhängig, ob und in welchem Ausmaß das Geschwisterkind darunter leidet, jedoch existieren objektive Einschätzungen, die besagen, dass die Geschwister sehr lauter und aggressiver Kinder verstärkt zu psychoneurologischen Störungen tendieren (Achilles, 2013, 110). Bank und Kahn (1994) nennen hierzu folgendes Beispiel: „Es ist für Geschwister sehr viel leichter, mit einem depressiven Bruder oder einer Schwester zu leben als mit einem Geschwister, das während eines akuten psychotischen Schubs splitternackt in der Kirche auftaucht und versucht, sich als Christkind in die Weihnachtskrippe zu legen“ (Bank & Kahn, 1994, zit. nach Achilles, 2005, 108).

Geschwisterkindern gelingt es gut mit so einer beispielhaften Situation umzugehen, wenn sie ihre Eltern hier als gelassen und souverän erleben (Achilles, 2013, 110).

### 3.4.2 Sozio-kulturelles Umfeld

Laut Hackenberg (2008) sind in den unterschiedlichen Kulturen die Lebensbedingungen sowie die Werte und Traditionen der Kindererziehung als auch die Sichtweise von Behinderung sehr verschieden. Dies wiederum beeinflusst in einem nicht unwesentlichen Maße den Umgang mit einem behinderten Kind (Hackenberg, 2008, 92).

Insbesondere die elterliche Gleichbehandlung und die Versorgungspflichten der Geschwister unterscheiden sich kulturell sehr stark. In unserer westlichen Kultur findet eine Dominanz der elterlich idealisierten Gleichbehandlung von Geschwistern statt, wohingegen in anderen Gesellschaften Unterschiede als selbstverständlich angesehen werden (Weisner, 1993, 78). Ebenfalls in Bezug auf Haushaltspflichten sind klare kulturelle Differenzen erkennbar. In zahlreichen Gesellschaften sind die Mithilfe im Haushalt und die Betreuung der Geschwister normal und notwendig, wohingegen bei uns beides sehr begrenzt und geschlechts- und geburtspositionsabhängig ist. Wobei auch diese Abhängigkeit in den westlichen Ländern vermehrt schwindet (Hackenberg, 2008, 92).

Weiterhin kulturell bedingt sind die Ursachen und Bedeutung der Behinderung sowie mögliche Behandlungsmethoden aus familiärer Sicht. Allesamt haben diese Einfluss auf die soziale Position des nichtbehinderten Geschwisterkindes und die speziellen Erwartungen, die an sie gestellt werden. Hackenberg (2008) nimmt hierzu Bezug auf eine amerikanische Studie von Lobato et al. (2005). Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Unterschiede zwischen Geschwistern behinderter Kinder lateinamerikanischer und nicht lateinamerikanischer Herkunft erforscht. Die Ergebnisse zeigen bei den lateinamerikanischen Geschwistern einen niedrigeren Grad an Information sowie laut Angaben der Eltern, verstärkte internalisierende Verhaltensauffälligkeiten (Lobato et al., 2005).

Hackenberg (2008) führt an, dass zudem auch sozioökonomische Bedingungen im Leben der Geschwister fokussiert werden müssen und kritisiert, dass diese im Rahmen der bisherigen Geschwisterforschung nicht ausreichend Berücksichtigung gefunden haben. In diesem Zusammenhang zitiert die Autorin Stoneman (1993), der angibt, dass eine große Anzahl der Geschwister behinderter Kinder aus Multi-Problem-Familien



stammen (Stoneman, 1993, 361). D. h. innerhalb dieser Familien existieren eine hohe Anzahl von Belastungen und nicht selten auch mehr als ein behindertes Kind. Tröster (2001) merkt dahingegen an, dass die Stichproben vieler Studien über Geschwister behinderter Kinder die soziale Mittelschicht ausmachen (Tröster, 2001, 16). Hackenberg (2008) führt diesbezüglich an, dies müsse „bei der Interpretation der Ergebnisse kritisch reflektiert werden. Weitere Studien, die verstärkt sozioökonomisch benachteiligte Familien einbeziehen, sind dringend erforderlich.“ (Hackenberg, 2008, 93).

Zudem existieren weitere Untersuchungen, auch aus früheren Jahren, die belegen, dass der sozioökonomische Status einer Familie Einfluss auf das Wohlbefinden der Geschwister nimmt (z. B. Farber, 1960; Grossman, 1972; Williams et al., 2002).

### 3.4.3 Weitere Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Geschwister im Überblick

Wie bereits in den vorangegangenen Punkten angeführt, ist die Entwicklung der Geschwisterkinder von verschiedenen Faktoren abhängig. Die folgende Tabelle liefert hierzu nochmals einen Überblick über verschiedene einflussnehmende Faktoren. Sie wurde von Kasten (2001) in Anlehnung an eine Untersuchung von McHale und Gamble aus dem Jahr 1987 erstellt.

**Tab. 12: Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Geschwister**

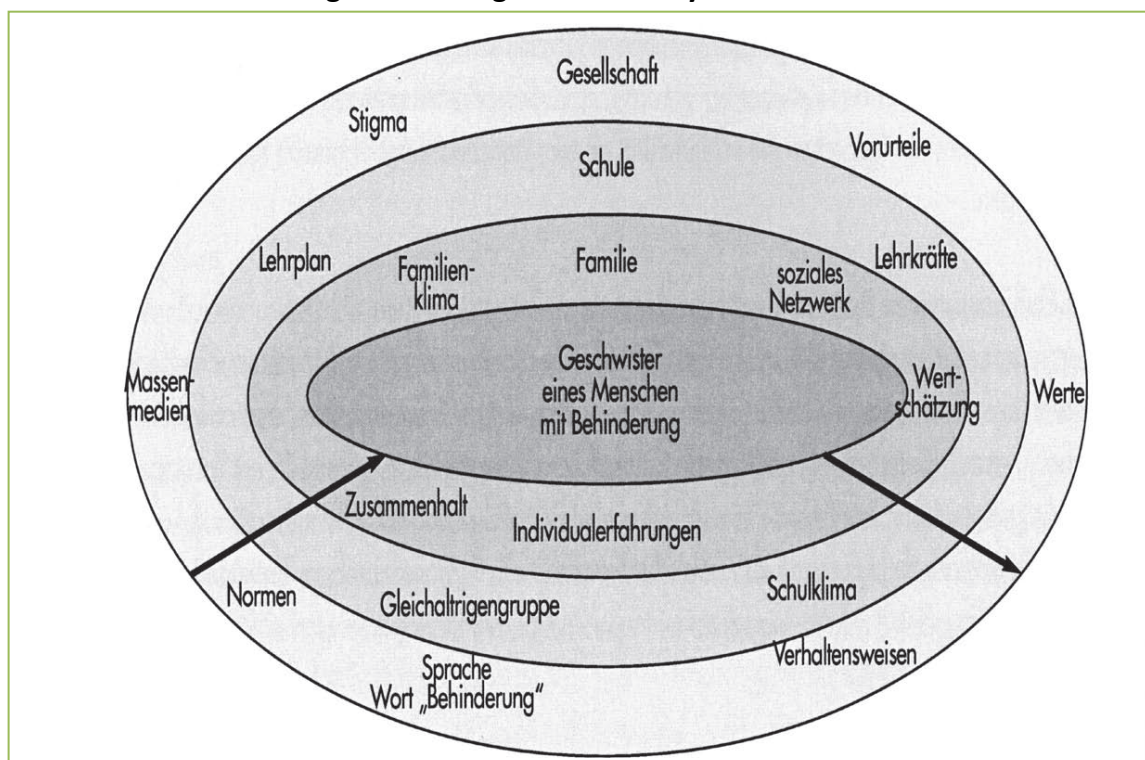
Faktor	bessere Anpassung	schlechtere Anpassung
Geburtsrangplatz des nichtbehinderten Geschwisters	niedriger	höher
Familiengröße	größere Familie	kleinere Familie
Geschlecht des nichtbehinderten Geschwisters	männlich (Konfundierung mit Geschlecht des behinderten Geschwisters)	weiblich (insbesondere älteste Mädchen in der Familie)
Geschlecht des behinderten Geschwisters	weiblich	männlich

Alter des behinderten Geschwisters	jünger	älter
Schichtzugehörigkeit	Unterschicht: ökonomische Krise	Mittel- und Oberschicht: tragische Krise
Ausmaß der Behinderung	gering	gravierend
Art/ Qualität der Behinderung	sichtbare, klar definierbare Behinderung (besonders in Mittel- und Oberschicht)	uneindeutige, nicht klar zu definierende Behinderung

Quelle: Kasten (2001, 180).

Die folgende Abbildung skizziert weiterhin verschiedene Einflussfaktoren auf die geschwisterliche Entwicklung in Bezug auf den ökosystemischen Ansatz nach Bronfenbrenner.

**Abb. 2: Einflussfaktoren auf die Entwicklung eines Geschwisters eines Kindes mit Behinderung unter Bezug auf den ökosystemischen Ansatz**



Quelle: nach Bronfenbrenner (in Anlehnung an Heimbold, 2008, 12).

### 3.4.4 Hilfsangebote für die gesunden Geschwister

Der Blick auf die dargestellten Abhängigkeitsvariablen und Ressourcen, die zu einer gesunden Entwicklung der Geschwister beitragen, lässt grundlegend den Schluss zu, dass Unterstützungsangebote auf verschiedenen Ebenen sinnvoll erscheinen. Hierzu zählen die Unterstützung der Eltern bzw. der Familie insgesamt, die Arbeit mit den Geschwistern direkt sowie der Umgang mit Behinderung im Umfeld der Familie bzw. der Geschwisterkinder.

Die Zusammenarbeit mit der Familie kann in einer professionellen Beratung der Eltern bestehen, bei der eben auch wichtige Aspekte die Geschwisterkinder betreffend Berücksichtigung finden. Hackenberg (2008) sieht hierbei die elterliche Bewältigung und Zufriedenheit mit der Lebenssituation als eine zentrale Basis dafür an, dass auch die Geschwisterkinder einen positiven Umgang mit Behinderung erlernen können und insgesamt keine Vernachlässigung erfahren müssen. In elterlichem Stress wird hingegen ein Risiko gesehen, dass die Sensibilität für die Bedürfnisse der nicht behinderten Kinder vermindert ist (Hackenberg, 2008, 127).

Für Beratungsgespräche mit Eltern bzw. Familien wird in der Literatur die Berücksichtigung von Geschwisterthemen empfohlen. Eine Zusammenfassung möglicher Themen liefert Hackenberg (2008) wie folgt.

**Tab. 13: Geschwisterthemen in der Elternberatung**

1. klare Informationen über die Behinderung
2. offene Kommunikation in der Familie
3. individuelle Wertschätzung des Geschwisters
4. gerechte Verteilung von Aufgaben und Verantwortung
5. Phasen ungeteilter elterlicher Zuwendung zum Geschwister
6. Erklärung für unvermeidbare Benachteiligungen
7. Ermutigung zum Ausdruck unterschiedlicher Gefühle
8. Vermittlung von Strategien im Umgang mit dem behinderten Kind und im sozialen Umfeld
9. Unterstützung einer positiven Geschwisterbeziehung
10. Wahrung von Freiräumen für das Geschwister
11. Förderung von unterstützenden Beziehungen in der weiteren Familie und im sozialen Umfeld

Quelle: Hackenberg (2008, 127 f.).

Die Beratung bzw. Unterstützung der Geschwisterkinder direkt stellt dabei einen weiteren Pfad dar, bei dem die oben genannten Themen ebenfalls im Fokus stehen können. Kasten (1998) verweist in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit der Entwicklung bzw. Nutzung von altersangemessenen Informationsmaterialien. In diesen solle ein besonderes Gewicht darauf gelegt werden, verständlich die Bedeutung darzustellen, mit einem behinderten Geschwister aufzuwachsen und was nichtbehinderte Geschwisterkinder von sich aus aktiv unternehmen können, um ihre Situation zu beeinflussen (Kasten, 1998).

Als eine weitere Form von direktem Hilfsangebot gelten Gruppen- oder Wochenendseminare (Winkelheide, 1991 & Grünzinger, 2005). Analog der Selbsthilfegruppen für Angehörige in anderen Kontexten geht es hierbei um die Optionen von Erfahrungsaustausch, gegenseitigem Lernen und Erleben von Solidarität. Die genaue Ausgestaltung, i.S.v. Gruppenzusammensetzung und Moderationsart ist dabei heterogen. Häufig wird eine Kombination zwischen begleitetem Austausch und Freizeitaktivität gewählt. Grundlegende Intention ist es dabei, dass die Kinder sowohl Spaß als auch Unterstützung erfahren. Als wichtige Ziele der Geschwistergruppen bzw. -seminare nennen Meyer und Vadasy (1994):

**Tab. 14: Ziele von Geschwistergruppen**

1. Die Geschwister erhalten die Möglichkeit, andere Geschwister behinderter Kinder in einer entspannten Atmosphäre kennen zu lernen. Dies vermindert ihr Gefühl von Isolation.
2. Die Geschwister können sich über ihre gemeinsamen Freuden und Sorgen austauschen. Sie merken, dass sie mit ihren speziellen Erfahrungen und ihren oftmals ambivalenten Gefühlen nicht alleine sind.
3. Die Geschwister lernen von anderen, wie diese mit typischen schwierigen Situationen, in die Geschwister behinderter Kinder häufig geraten, umgehen. Die Geschwister können sich ein breiteres Repertoire an Bewältigungsstrategien aneignen.
4. Die Geschwister erhalten Informationen über die besonderen Bedürfnisse von behinderten Kindern. Damit können sie die Anforderungen an ihre Familien zum jetzigen Zeitpunkt und für die Zukunft besser einschätzen.

5. Die Geschwistergruppen helfen Eltern und Fachleuten, das Leben und das innere Erleben der Geschwister besser zu verstehen. Wünsche an die Eltern können als Ergebnis der Gruppenarbeit vermittelt werden (z. B. mit Hilfe eines Posters)

Quelle: Meyer & Vadasy (1994, zitiert in Hackenberg, 2008, 135 f.).

### **3.5 Die Beziehung der Geschwister untereinander**

Die Geschwisterbeziehung und ihre Bedeutung für die kindliche Entwicklung stellen sich vielschichtig dar. Die Beziehung lässt sich aus unterschiedlichen Perspektiven und unter verschiedenen Aspekten betrachten, wie dies im zweiten Kapitel dieser Arbeit auch ausgeführt wurde. Schwerpunkte der Forschung zur Beziehung von nicht behinderten und behinderten Geschwistern sind zum einen in der Analyse der Rollenverteilung und der Untersuchung des Spiel- und Interaktionsverhaltens zu finden. Zum anderen wird bzw. wurde die Erfassung des geschwisterlichen Kontaktes und der emotionalen Beziehungsqualitäten fokussiert (Tröster, 2001). Präferierte Mittel im Rahmen der Forschung sind dabei Befragungen der nicht behinderten Kinder und der Mütter sowie Interaktionsbeobachtungen (Hackenberg, 2008, 95).

#### **3.5.1 Rollen, Interaktion, Beziehungsqualität**

Belegt ist, dass es den meisten Brüdern und Schwestern trotz einer Behinderung möglich ist, zu einer beiderseitig befriedigenden Interaktion zu gelangen. Die Rollenzuordnung ist jedoch häufig nicht-normativ und dabei abgestimmt auf die besondere Situation bzw. die Herausforderungen oder Beschränkungen, die durch die Behinderung gegeben sind. Die Herleitung der Verhaltensweisen erfolgt durch Ausprobieren sowie auch durch elterliches Feedback bzw. elterliche Hinweise und zielt auf einen Zustand, bei dem eine zufriedenstellende Interaktion erreicht wird (Stoneman, 2001, 137).

Die Rollenverteilung bzw. auch die Ausprägung von Rollen (vgl. Kapitel 2.7) ist laut Hackenberg (2008, 95 f.) auffällig häufig asymmetrisch. Gemeint ist damit, dass eine dominierende Stellung, begründet durch einen Alters- und Entwicklungsvorsprung,

normalerweise von einem älteren Kind ausgeht. Mit zunehmendem Alter entsteht dann eher ein symmetrisches und gleichberechtigtes Verhältnis von Geschwistern. Im Falle einer Behinderung ergibt sich ein entgegengesetzter Ablauf, da sich Entwicklungsunterschiede im Laufe der Zeit tendenziell eher vergrößern als verkleinern. Bei einem nicht behinderten, jüngeren Kind kann es zu einer Rollenumkehr kommen, da es sein älteres, behindertes Geschwisterkind in der Entwicklung überholt und damit in eine überlegene Position gelangt.

Studien mit systematischen Interaktionsbeobachtungen haben beispielsweise belegt, dass Brüder und Schwestern von geistig behinderten Geschwisterkindern unabhängig von ihrer Geburtsposition in der Regel eine dominierende Rolle einnehmen. Zudem zeigen sie in der Beziehung mit dem Geschwisterkind eine weniger aggressive und rivalisierende Rolle (Stoneman et al., 1987, 1988; Brody et al., 1991; Lobato et al., 1991).

Instrumentelle Verhaltensweisen zeichnen häufiger die Interaktionen zwischen den Geschwisterkindern aus. Hierzu gehören Helfen, Belehren und Versorgen durch das nicht behinderte Geschwisterkind (Sanders, 2004, 131). Die Ausprägung und der Beeinträchtigungsgrad der Behinderung ist für die Beziehung naheliegender Weise von großer Bedeutung. So sind beispielsweise signifikante Unterschiede in der Interaktion bzw. der gemeinsamen Spielzeit beim Down-Syndrom (58 %) im Vergleich zu einer autistischen Störung (28 %) erkannt worden (Knott et al., 1995, 969).

Hackenberg (2008, 97) nimmt bedingt durch die Heterogenität an Behinderungsformen an, dass sich in der Regel individuelle Interaktionsformen und Rollenverteilungen unter Berücksichtigung von Stärken und Schwächen der Geschwister ergeben. Die dominierende Rolle, ggf. inklusive der benannten Rollenumkehr, des nicht behinderten Geschwisterkindes sowie verstärkt instrumentelle Interaktionsverhalten stellt sie dabei als durchgängig hilfreich für die Geschwisterbeziehung heraus.

Bezüglich der Qualität der Geschwisterbeziehung wurde herausgefunden, dass die Beziehung positiver und fürsorglicher ausgestaltet sein kann als zwischen nicht behinderten Geschwistern (Stoneman, 2001). Diese Einschätzung nahmen in verschiedenen Befragungen sowohl die nichtbehinderten Geschwister als auch die Mütter ein.

### 3.5.2 Die Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens

Wird die Betrachtung der Geschwisterbeziehung in die Richtung des Erwachsenenalters gelenkt, ist normalerweise eine Lockerung zu erkennen, sobald das gemeinsame Familienleben zugunsten einer eigenständigen, individuellen Lebensführung gelöst wird. Bei einer vorhandenen Behinderung jedoch stellt sich die Beziehung hingegen häufig anders dar. So wurde durch verschiedene Studien belegt, dass neben vielen Gemeinsamkeiten im Vergleich zur allgemeinen Geschwisterbeziehung auch einige, besondere Merkmale vorherrschen können (Hodapp, 2007; Carr, 2005; Seltzer et al., 2005; Orsmond & Seltzer, 2007). Überwiegend ist dabei eine kontinuierliche und gefühlsnahe Beziehung herausgestellt worden, die mit zunehmendem Alter auch durch die gesamt-familiäre Verantwortungsrolle eines nichtbehinderten Geschwisterteils geprägt ist, ab dem Zeitpunkt nämlich, ab dem dies durch die Eltern nicht mehr möglich ist. Hackenberg (2008) hält fest, dass häufig eine fortbestehende Abhängigkeit des behinderten Geschwisters vorliegt, die weiterhin eine asymmetrische Geschwisterbeziehung bedeutet. Untersuchungen haben dabei gezeigt, dass die verantwortliche Rolle bei mehreren nichtbehinderten Geschwistern hauptsächlich einem Geschwisterteil zugeordnet werden kann. Vorzugsweise handelt es sich dabei je nach Existenz um

- eine Schwester,
- einen älteren Bruder / eine ältere Schwester,
- ein Geschwister, das in der räumlichen Nähe wohnt.

Die demografische Entwicklung führt an dieser Stelle nun vermehrt dazu, dass durch die niedrige und weiter abnehmende Zahl von Geschwistern, die Verantwortung direkt nur einer oder auch keiner Person zufallen kann (Hackenberg, 2008, 115 ff.).

Insgesamt ist auch hierbei erneut zu berücksichtigen, dass neben zahlreichen individuellen Aspekten die Art der Behinderung sowie die Geschwisterkonstellation im Sinne von Geburtsreihenfolge und Alter sowie Geschlechterverteilung eine wichtige Rolle spielt und zu zahlreichen Unterschieden führen kann. Insgesamt besteht laut Hackenberg (2008) für die Geschwister die lebenslange Aufgabe, in der Beziehung zu ihrem behinderten Geschwister eine Ausgewogenheit zwischen Verbundenheit und

Fürsorge sowie Autonomie zu finden und kontinuierlich zu halten (Hackenberg, 2008, 124).

### **3.6 Zusammenfassung**

Die Familie hat in vieler Hinsicht einen hohen Stellenwert für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Unter anderem wurden durch das Konzept der Familienentwicklungsaufgaben Lebensphasen mit Herausforderungen und Aufgaben an die Familie und jedes einzelne Mitglied bei einer normativen Ausgangssituation und Abfolge aufgezeigt.

Die Behinderung eines Kindes ist für eine Familie jedoch ein nicht-normatives Ereignis und verursacht besondere Herausforderungen, insbesondere auch für nichtbehinderte Geschwisterkinder. Ausmaß und Ausprägungen sind dabei sicherlich von vielen Aspekten abhängig.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine Behinderung sowohl Belastungen als auch positiven Zugewinn schaffen kann. Für die Bewältigung sind, auf der Ebene der gesamten Familie wie auch speziell auf das Geschwisterkind bezogen, Ressourcen und Copingstrategien wichtig.

Herausgestellt wurde aber auch, dass grundsätzlich zunächst einmal eine Belastungssituation für den Bruder oder die Schwester eines behinderten Kindes vorherrschend ist. Auf allen Ebenen von Stressoren bzw. Belastungsfaktoren, d. h. in der Eltern-Kind-Beziehung, der familiären Alltags- und Beziehungsgestaltung, der außerfamiliären Kontakte sowie auf der individuellen, emotionalen Ebene sind Gefahren erkennbar und zu beachten. Jedoch sind auch Abhängigkeitsvariablen belegt, die zu einer gesunden Entwicklung der Geschwister signifikant beitragen können. Hierzu zählen insbesondere die Einstellung und Verhaltensweisen der Eltern und ihre Beziehung zueinander, das sozio-kulturelle Umfeld der Familie bzw. des Kindes sowie entsprechende Hilfsangebote.

Die Beziehung der Geschwister untereinander wird hinsichtlich der Rollen und Interaktionsmöglichkeiten häufig durch eine Behinderung sehr unmittelbar beeinflusst. Dies liegt an Entwicklungsunterschieden, die mit fortschreitender Zeit häufig dazu führen, dass das nichtbehinderte Kind in eine körperlich und / oder geistig überlegene



Position gelangt. Eine Rollenumkehr kann hieraus ebenso wie eine vergleichsweise Verhinderung von regulären Beziehungsaspekten und –mustern resultieren. Instrumentelle Verhaltensweisen sind andererseits häufig verstärkter zu beobachten. Die Beziehungsqualität muss jedoch hiervon nicht negativ betroffen sein, sondern wird sogar tendenziell eher höher eingeschätzt als zwischen Geschwistern ohne eine Behinderung. Abschließend ist festzuhalten, dass die Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens bei einer Behinderung häufig von der gängigen Charakteristik abweichen kann, was an der Hilfs- bzw. Unterstützungsbedürftigkeit des behinderten Geschwisters liegt und durch deren Umfang bestimmt wird.

Die Relevanz dieses Kapitels in Bezug auf den empirischen Teil besteht darin, dass neben den Erkenntnissen zur geschwisterlichen Beziehung und deren Bedeutung im Allgemeinen auch die besonderen Aspekte bei einer vorhandenen Behinderung Berücksichtigung finden können. Hierzu wurden ergänzend auch noch die Bedeutung und die Entwicklungsaufgaben der Familie dargestellt. Insgesamt liefert das Kapitel zahlreiche Ansatzpunkte, die bei einer nicht-normativen, anhaltenden Situation Relevanz besitzen. Diese beziehen sich auf Herausforderungen und Stressoren, Bewältigungsaspekte, familiäre und individuelle Ressourcen sowie die Familiendynamik und Geschwisterbeziehung. Die Situation mit einem ADHS-betroffenen Kind bzw. Geschwister lässt sich auf Basis der bisherigen Ausführungen in vielfacher Hinsicht einordnen und in einen Vergleich stellen.

Das folgende Kapitel befasst sich nun mit dem ADHS-Syndrom und vervollständigt damit die theoretische Auseinandersetzung vor Beginn der empirischen Untersuchung.

#### **4. Darstellung des ADHS –Syndroms**

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne und mit Hyperaktivität (ADS bzw. ADHS) rückte in den letzten Jahren zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und ist mittlerweile neben den aggressiven Verhaltensstörungen (Störungen des Sozialverhaltens) eine der am häufigsten diagnostizierte psychische Störung im Kindesalter (Döpfner et al., 2013, 1).

Aufgrund dessen sind zum einen das öffentliche und zum anderen auch das wissenschaftliche Interesse an diesem Phänomen, resultierend aus dem hohen Leidensdruck der betroffenen Kinder und der tangierten Umwelt, sehr hoch. Häufig müssen sich Eltern, Geschwister und auch ErzieherInnen sowie LehrerInnen in Grund-, Förder- und Regelschulen mit dieser Problematik auseinandersetzen.

Dieses Kapitel liefert zunächst einen kurzen Einblick in die Entstehung und das Krankheitsbild dieser Störung sowie nimmt Bezug auf geschlechtsspezifische Aspekte. Weiterhin erfolgt die Darstellung verschiedener Modelle zur Ätiologie. Dabei wird das in der Öffentlichkeit anerkannteste, biomedizinische Modell als erstes aufgeführt und Vor- und Nachteile dieser Sichtweise und der daraus resultierenden Behandlungsmaßnahmen werden diskutiert. Im Anschluss daran wird insbesondere Bezug auf neuere Erkenntnisse der Neurobiologie genommen. Es erfolgt die Darstellung psychodynamischer Ansätze, die in der aktuellen Literatur zum Thema ADHS weniger stark vertreten sind. Zudem werden diese in Bezug auf die Möglichkeit einer alternativen Sichtweise auf das Störungsbild diskutiert. Abschließend werden ausgewählte therapeutische Interventionen vorgestellt und diskutiert. Das Kapitel schließt mit der Illustration diverser Studien, die sich inhaltlich mit den Geschwistern von Kindern mit ADHS und deren Familien befassen und dient der thematischen Einführung in den empirischen Teil der Dissertation sowie untermauert weiterhin die Relevanz des Themas als auch den nötigen Forschungsbedarf.

#### 4.1 Geschichtliche Entwicklung des Störungsbildes

Seidler (2004) erläutert in seinem Artikel im Deutschen Ärzteblatt, dass das Erscheinungsbild der ADHS der Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann bereits 1845 in der Geschichte des „Zappel-Philipps“ in seinem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ populär gemacht habe. Dort beschreibt er die noch heute aktuellen Charakteristika dieser Störung (Seidler, 2004, 239).

Borowski et. al. (2010) erwähnen zudem in ihrer Leitlinie zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, dass Hoffmann in seinem Kinderbuch neben dem bekannten Bild des „Zappel-Philipps“ als unruhiges und über-aktives Kind, in einer weiteren Geschichte bereits einen Subtyp der Aufmerksamkeitsstörung darstellt. „Hanns Guck-in-die-Luft“ könne somit dem „vorwiegend unaufmerksamen Typus“ zugeordnet werden (Borowski et al., 2010, 239). Weiterhin betont Seidler, dass es nicht die Absicht Hoffmanns sei, eine Krankheit zu beschreiben. Vielmehr gehe es ihm um die Darstellung ungezogenen Verhaltens eines bürgerlichen Sohnes seinem Vater gegenüber und zähle zu den damaligen sehr verbreiteten pädagogischen Warngeschichten (Seidler, 2004, 240).

Der Psychiater Gerhardt Nissen hingegen deutet die Beschreibungen Hoffmanns als eine Aufzeichnung seiner späteren Erfahrungen als Ärztlicher Leiter einer „Anstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt. Seine Überlegungen hierbei waren, der auffälligen Unruhe dieser Kinder könne ein erhöhter Phosphorspiegel zugrunde liegen (Nissen, 2005). Somit werden bereits in den unterschiedlichen Deutungen der Geschichten Hoffmanns durch Seidler und Nissen die kontroversen Sichtweisen der heutigen Debatte um ADHS, zum einen medizinisch-biologisch und zum anderen sozial-psychologisch, erkennbar.

Hüther und Bonney (2011) begeben sich geschichtlich noch einen weiteren Schritt zurück, indem sie schreiben nur erraten zu können, wie Adam und Eva sich als Eltern gefühlt haben müssen, bevor ihr Sohn Kain seinen Bruder Abel ausgelöst durch einen Wutausbruch erschlug, oder wie es dem Lehrer des antiken Sagenhelden Herakles ergangen sein mag, „bevor er von seinem hochbegabten, aber zu effektiver Selbstkontrolle offenbar unfähigem Zögling erschlagen wurde“ (Hüther & Bonney, 2011, 16). Sehr nahe an der heutigen Darstellung des Syndroms liegt die Beobachtung des englischen Pädiaters George Frederick Still von 1902. Dieser beschreibt die Unruhe

der Kinder als „moral defect“, demnach liege eine anormale Unfähigkeit zur ausdauernden Aufmerksamkeit bei normaler Intelligenz vor (Still, 1902, zit. nach Seidler, 2004, 241).

Anhand seiner Beobachtungen, dass diese Störung milieuunabhängig auftritt, ging Still von einem neurobiologischem Zusammenhang aus. Weiterhin vermutete Still eine erbliche Komponente der Störung, da sich innerhalb der betroffenen Familien vermehrt Mitglieder mit Depressionen, Alkoholmissbrauch sowie Störung des Sozialverhaltens zeigten (Neuhaus, 2002, 46).

Tredgold mutmaßte 1908, dass möglicherweise leichte Hirnschädigungen bei der Geburt, wie Sauerstoffmangel, eine Ursache dieser Verhaltensauffälligkeiten sein könnten (Tredgold, 1908). Kahn und Cohen bezeichneten 1934 die „organische Getriebenheit mit mangelhafter Impulskontrolle, übertriebener Aktivität und reduzierter Aufmerksamkeitsspanne“ (Kahn & Cohen, 1934, zit. nach Neuhaus, 2002, 46). Im Jahre 1937 kam es in den USA durch Barkley erstmalig zu einer Behandlung dieser Symptome bei Kindern mit den so genannten Amphetaminen. Es kam jedoch bis dato nicht zu einer Erklärung, warum insbesondere die Verabreichung von Stimulanzien-Präparaten zu einer Verbesserung der Symptomatik führte und somit therapeutischen Erfolg nachwies (Wender, 2002, 15). Im Jahre 1957 stellten Laufer und Kollegen die Hypothese auf, dass es sich bei dieser Problematik um eine Filterschwäche im Stammhirn handelt, die eine verstärkte Reizaufnahme zur Folge habe (Laufer et al., 1957, 42). Trotz alledem wurde über einen langen Zeitraum hinweg das auffällige Verhalten von Kindern überwiegend einem Erziehungsdefizit der Eltern zugeschrieben. Jedoch kam es in den 60er Jahren zu einer Auflösung der Annahme, dass diese Symptomatik ausschließlich einen Erziehungsfehler darstellt. Im Rahmen einer biologisch-somatischen Erklärung stellte die Wissenschaft um 1970 die Theorie der zentralen Untererregung auf. Diese sei dafür verantwortlich, dass es bei Kindern mit ADHS zu einer Einschränkung der Handlungsfähigkeit und zu einer Verminderung des subjektiven Wohlbefindens komme. Demnach waren die Kinder auf der Suche nach andauernder Stimulation, um den Aktivierungsmangel zu kompensieren. In den 90er Jahren wurde dieser Ansatz aufgrund empirischer Studien widerlegt (Seidler, 2004, 242).

Anhand dieser Ausführungen wird deutlich, dass die Diskussion der Symptome einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung nunmehr seit knapp 200 Jahren besteht und bereits viele unterschiedliche Erklärungsansätze vorherrschten. Dies führt möglicherweise zu einer Widerlegung der in der Öffentlichkeit teils vertretenden Annahme, die ADHS-Symptomatik sei eine Modeerscheinung.

Brandau et al. (2003) betonen, dass es in früheren Zeiten mit großer Wahrscheinlichkeit genauso viele Kinder mit ADHS-Symptomen gegeben habe. Jedoch komme es heutzutage zu vermehrt geänderten Erwartungen an diese Kinder. Hierunter zählen Selbststeuerung, Geduld und Ausdauer (Brandau et al., 2003, 23). Diverse Benennungen, die die Symptome beschreiben, fanden im Laufe des letzten Jahrhunderts Anwendung. Hierunter fallen z. B die „Minimale cerebrale Dysfunktion“ (MCD), das „kindlich exogene Psychosyndrom“, das „Hyperkinetische Syndrom“ (HKS) und das „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ (ADS) als Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität. Der Begriff „Hyperkinetisches Syndrom“ wird auch heutzutage noch verwendet, eine Ablösung dessen durch den Termini „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS), dem heute gültigen offiziellen Begriff, fand jedoch statt (Knölker, 2001, 14; Wender, 2002, 11 & 14). Die international anerkannte Bezeichnung für das Störungsbild ist „Attention Deficit Disorder“ (ADD; in der deutschen Übersetzung ADS) und „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD; in der deutschen Übersetzung ADHS) und wurde 1987 unter dieser Bezeichnung in das DSM-III-R aufgenommen und in allen folgenden DSM-Ausgaben beibehalten (Rothenberger & Neumärker, 2005).

Aufgrund der allgemeinen internationalen Gültigkeit wird im Rahmen dieser Arbeit der deutsche Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ sowie die entsprechende Abkürzung „ADHS“ verwendet.

Damit einhergehend, so Hüther und Bonney (2011), haben sich Mitte der 80er Jahre Neurologen aus den USA darauf verständigt, die von der Norm abweichenden Ausprägungen bestimmter Verhaltensweisen bei Kindern wie hohe Impulsivität, motorische Unruhe und mangelnde Aufmerksamkeit als eine spezifische Erkrankung zu bezeichnen, die mit Hilfe standardisierter Verfahren diagnostiziert werden sollen. Ursächlich dafür sollte eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung im Gehirn sein, die Mithilfe von Medikamenten wie Ritalin® behoben werden könne. Auch bei Ärzten und

Psychiatern anderer Nationen kam es rasch zu einer Übernahme dieser Vorstellung. Seitdem kam es zu einer rasant steigenden Anzahl der Kinder, bei denen diese Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert wurden sowie einer drastischen Erhöhung von Verschreibungen des Standardmedikaments (Hüther & Bonney, 2011, 12). Bereits allein in den USA ließ sich eine Zunahme der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Kinder von einer Million im Jahre 1990 auf über zehn Millionen im Jahre 2000 verzeichnen. Auch in Deutschland kam es zu einer ansteigenden Entwicklung. Die Verschreibung von Ritalin® nahm hier innerhalb von fünf Jahren auf das 40fache zu (1995: 0,7 Millionen, 1999: 31 Millionen Tabletten) (ebd., 2011, 13).

In der Regel wird ADHS rein medizinisch erklärt und auch behandelt (Leuzinger-Bohleber et al., 2006, 11).

Jedoch parallel zu dieser Entwicklung kommt es zunehmend zu kritischen Stimmen, die fordern, Umweltfaktoren für die Entstehung dieses abweichenden Verhaltens stärker in den Fokus zu rücken, statt primär einen Gendefekt dafür verantwortlich zu machen. Aufgrund dessen wird seitens vieler Wissenschaftler sowohl die Diagnose als auch die Behandlungspraxis von ADHS heftig kritisiert.

Im folgenden Punkt werden die beiden internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV, in denen die Symptomatik der ADHS dargestellt ist, beschrieben und gegenübergestellt.

## **4.2 Symptomatik und Klassifikation**

Die Symptomatik der ADHS basiert auf zwei derzeit gültigen internationalen Klassifikationssystemen, der ICD-10 (Dilling et al., 2009 & 2011) und dem DSM-IV (Saß et al., 2003). Wird die Diagnose einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung vergeben, so muss ein unnormales Ausmaß an Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität vorhanden sein, das sowohl situationsübergreifend als auch andauernd ist (Streeck-Fischer & Fricke 2007, 278 f.). Zudem müssen die Auffälligkeiten vor dem sechsten Lebensjahr auftreten sowie verschiedene Situationen und Bereiche des Lebens betreffen, wie in der Familie, im Kindergarten, in der Schule. Auch im Rahmen der Untersuchungssituation sollen diese nachweisbar sein. Weiterhin müssen die

Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und der Impulskontrolle „über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sein, das zu einer Fehlanpassung führt und das dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist“ (Döpfner et al., 2013, 1). Folgende Tabelle zitiert nach ebd. (2013), führt die Symptomkriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung nach ICD-10 und DSM IV auf.

**Tab. 15: Symptom-Kriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien) und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV**

Kernsymptom	Kriterien
<b>A) Unaufmerksamkeit</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.</li> <li>2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.</li> <li>3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.</li> <li>4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).</li> <li>5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.</li> <li>6. Vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde, geistige Anstrengung erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).</li> <li>7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).</li> <li>8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.</li> <li>9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.</li> </ol>

<b>B) Hyperaktivität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.</li> <li>2. Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.</li> <li>3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).</li> <li>4. Hat häufig Schwierigkeiten ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.</li> <li>5. {Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“.</li> </ol> <p>(Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)</p>
<b>C) Impulsivität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.</li> <li>2. Kann häufig nur schwer warten bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen).</li> <li>3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).</li> <li>4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). {Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.}</li> </ol>

Quelle: Döpfner et al. (2013, 1 f.).

Anmerkung: { } = nur DSM IV; ( ) = nur ICD-10

Obwohl die ADHS-Symptomatik nach den beiden Klassifikationssystemen in mehreren Bereichen des Lebens auftreten muss, ist eine unterschiedliche Ausprägung dieser in den verschiedenen Lebensbereichen möglich. Erfolgt eine Situation, die von den Kindern oder Jugendlichen sehr viel Aufmerksamkeit einfordert, z. B. im Unterricht etc., kann es zu einer erhöhten Ausprägung der Symptomatik kommen. Im Rahmen beispielsweise einer Eins-zu-eins-Situation oder während einer Lieblingsaktivität, können die Anzeichen der Störung sehr gering ausfallen oder gar nicht vorhanden sein. Somit ist das Fehlen der Symptome während der Untersuchungssituation nicht unbedingt als Hinweis zu werten, dass keine ADHS vorliegt (Döpfner et al., 2013, 2).



Innerhalb beider Diagnosesysteme findet kaum ein Unterschied in den definierten Symptomkriterien statt, jedoch gibt es Differenzen in Bezug auf die festgelegte Anzahl sowie der Kombination der Kriterien, die ausschlaggebend sind, um die Diagnose stellen zu können. Nach ICD-10 müssen für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung zum einen die Aufmerksamkeitsstörungen und zum anderen ebenfalls Überaktivität sowie Impulsivität in hoher Ausprägung und in mindestens zwei situationsübergreifenden Lebensbereichen vorliegen. Eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens wird diagnostiziert, wenn das Kind zudem ein hoch ausgeprägtes oppositionelles und aggressives Verhalten zeigt.

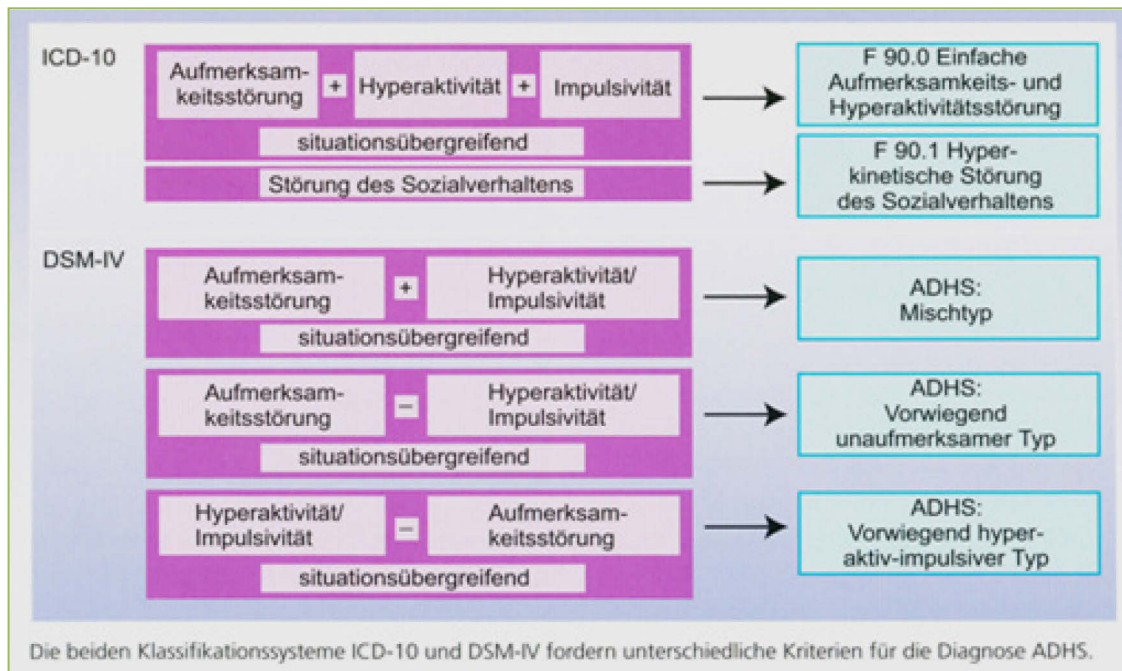
Im Gegensatz dazu werden laut Döpfner et al. im DSM-IV drei Subtypen unterschieden:

- Der Mischtyp, bei dem sowohl Aufmerksamkeitsstörungen als auch Hyperaktivität und Impulsivität vorhanden sind (wie nach ICD-10).
- Der vorherrschend unaufmerksame Typ, dessen ausgeprägtes Merkmal die Aufmerksamkeitsstörungen sind, wohingegen Hyperaktivität und Impulsivität weniger stark ausgeprägt sind.
- Der vorherrschend hyperaktiv-impulsive Typ, bei dem im Vergleich die Aufmerksamkeitsstörungen weniger ausgebildet sind.

(Döpfner et al., 2013, 3).

Demzufolge wird deutlich, dass die Kriterien für das Vorhandensein einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung in der ICD-10 im Vergleich zum DSM-IV deutlich strenger ausfallen. Hieraus ergibt sich, dass nach DSM-IV deutlich mehr Kinder die Diagnose erhalten würden (Döpfner et al., 2013, 5).

Im Folgenden werden die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV anhand einer Tabelle inhaltlich skizziert und gegenüber gestellt.

**Abb. 3: Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV**

Quelle: In Anlehnung an Döpfner et al., 2000.

Im Mai 2013 hat die American Psychiatric Association die 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) veröffentlicht. Im Rahmen der DSM-V finden sich einige Neuerungen in Bezug auf die Diagnosekriterien einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, die im Folgenden kurz angeführt werden.

Im DSM-V findet weiterhin eine Unterteilung des Störungsbildes in die Bereiche Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität statt. Weiterhin werden diese auf Grundlage derselben 18 Symptome operationalisiert, die schon im DSM-IV Verwendung fanden. Zudem bleibt bestehen, dass für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren mindestens sechs Symptome aus mindestens einem Symptombereich bestehen müssen.

Zitiert nach Banaschewski und Döpfner (2014) betreffen die Modifikationen der Definition nach DSM-V folgende Aspekte:

1. ADHS wird künftig der Kategorie der «Neurodevelopmental Disorders» zugeordnet.
2. Den Symptomen werden Beispiele hinzugefügt, die vor allem illustrieren, wie sich die Symptomatik im späten Jugend- und Erwachsenenalter darstellt.
3. Die Zahl der notwendigen Symptome für Jugendliche ab dem Alter von 17 Jahren und für Erwachsene wird für beide Symptombereiche von sechs auf fünf Symptome herabgesetzt.
4. Das Alterskriterium für den Beginn der Symptomatik wird von 7 Jahre auf 12 Jahre heraufgesetzt.
5. Das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung als Ausschlusskriterium entfällt.
6. Es wird stärker betont, dass mehrere Informanten bei der Diagnosestellung berücksichtigt werden sollten.
7. Der Begriff der Subtypen wird durch Erscheinungsformen (presentations) ersetzt.

(Banaschewski & Döpfner, 2014, 271 f.)

Der sich nun anschließende Punkt gibt Aufschluss über die Häufigkeit des Vorliegens komorbider Störungen bei einer ADHS.

### **4.3 Komorbidität**

Eine isolierte ADHS ist laut Studien zur Folge eher die Ausnahme (Pliszka, 1998). Jensen et al. (1997) geben an, dass bei bis zu 80 % der diagnostizierten ADHS-Kinder und -Jugendlichen zusätzliche bzw. komorbide Störungen vorliegen.

Besonders häufig treten die in folgender Tabelle zusammengestellten Störungen auf.

**Tab. 16: Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS**

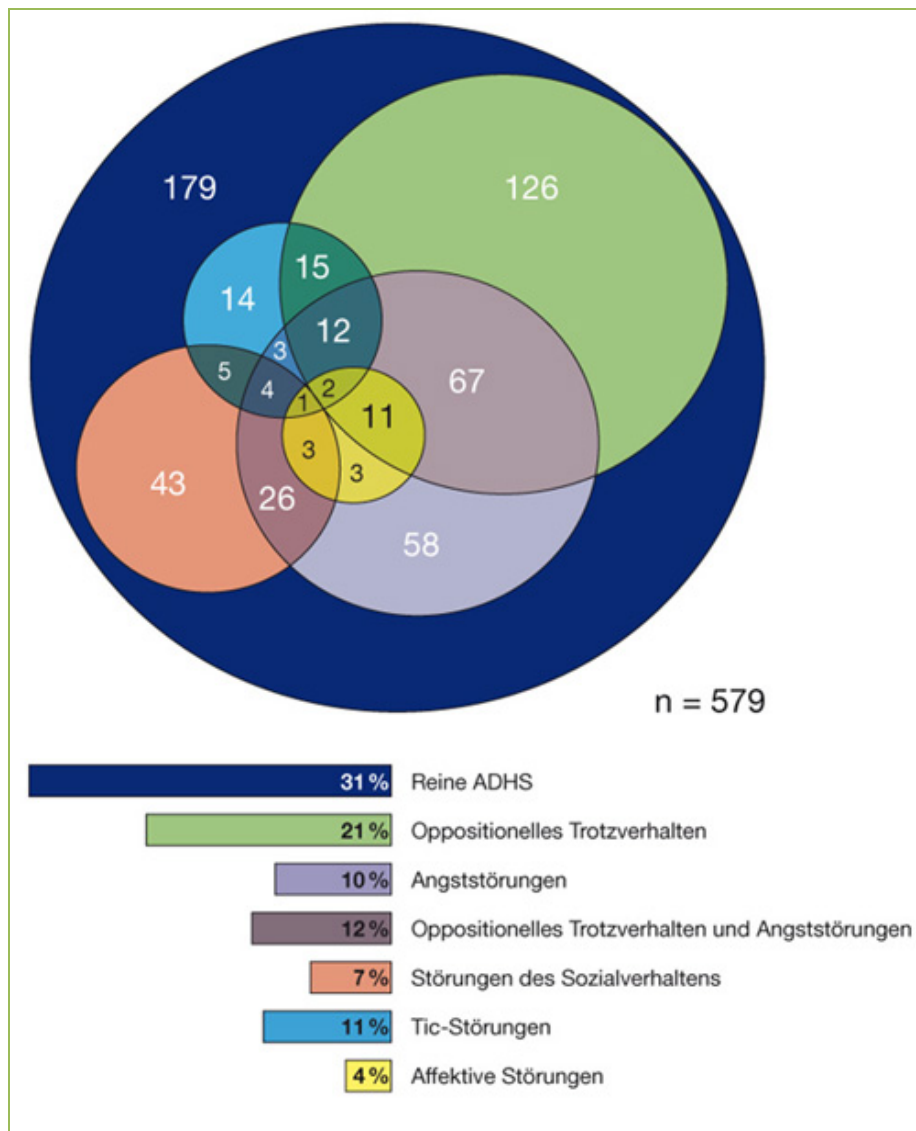
Häufigkeit	Komorbide Störung
50 %	Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens
30 bis 50 %	Störung des Sozialverhaltens (ohne oppositionelle Verhaltensstörung)
10 bis 40 %	Affektive, vor allem depressive Störungen
30 bis 40 %	Angststörungen
10 bis 40%	Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
bis 30 %	Ticstörungen

Quelle: Zitiert nach Döpfner et al. (2013, 7).

Den Untersuchungen von Biederman et. al (2004) zur Folge zeigten 219 ADHS-Patienten mit mindestens einem psychiatrischen Aufenthalt im Unterschied zu einer Vergleichsgruppe von 215 Psychatriepatienten ohne ADHS zusätzlich zu ihrer Erstdiagnose vermehrt Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch sowie die Diagnose der anti-sozialen Persönlichkeitsstörung. In Bezug auf das Geschlecht und einen damit zusammenhängenden Einfluss auf zusätzliche Störungen zeigten sich keine signifikanten Hinweise.

Jensen et al. (2001) zeigten im Rahmen der MTA-Study Group weitere Häufigkeitsverteilungen komorbider Störungen bei Kindern mit ADHS:

**Abb. 4: Komorbiditäten bei Kindern mit ADHS in der MTA-Studie**



Quelle: nach Jensen et al. (2001).

Insgesamt lässt sich prognostizieren, dass die Entwicklung der Kinder mit einer komorbiden Störung weitaus ungünstiger verlaufen kann als die derer mit ausschließlichen Symptomen einer ADHS (Döpfner et al., 2013, 8).

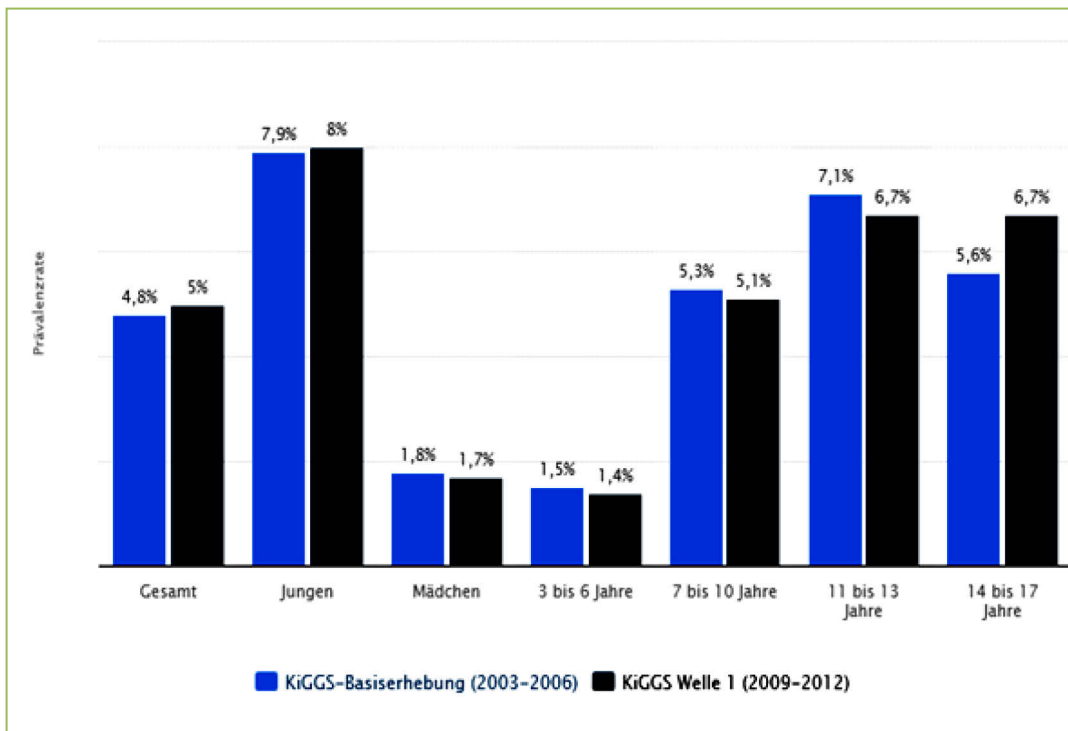
#### 4.4 Epidemiologie

Eine Meta-Analyse aller verfügbaren internationalen Studien für das Kindes- und Jugendalter über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten mit unterschiedlichsten Kriterien kommt zu einer weltweiten mittleren Prävalenzrate von 5,3 % (Polanczyk et al., 2007 & 2014). Werden die Zahlen aus den Diagnosestatistiken gesetzlicher

Krankenkassen in Augenschein genommen, ist eine ähnliche Entwicklung für Deutschland zu verzeichnen.

Im Rahmen der KiGGS-Studie von Schlack et al. (2014a) wurden anhand von elternberichteter Diagnosen einer ADHS die Häufigkeit der Störung in Deutschland ermittelt. Die Untersuchung hatte zum Ziel, „auf der Grundlage der Daten der bundesweit repräsentativen Studie KiGGS Welle 1 (2009–2012) die Lebenszeitprävalenz von elternberichteten ADHS-Diagnosen ihrer Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren zu untersuchen und den zeitlichen Trend im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zu berichten“ (Schlack et al., 2014a, 822).

Als ADHS-Fall galten die Studienteilnehmer, bei denen, laut deren Eltern, seitens eines Arztes oder eines Psychologen ein ADHS diagnostiziert wurde. Als Verdachtsfälle wurden jene Kinder und Jugendliche bezeichnet, die in der Elternbeurteilung einen Wert  $\geq 7$  (clinical range) auf der Unaufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsskala des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) erzielten und für die seitens der Eltern keine ADHS-Diagnose berichtet wurde. In der KiGGS Welle 1 war eine Prävalenzrate von 5,0 % (95 %-KI: 4,3–5,7) zu verzeichnen sowie von 5,8 % (5,1–6,6) für Verdachtsfälle. Bei den Jungen kam es im Vergleich zu den Mädchen viereinhalbmal so häufig zu einer berichteten ADHS-Diagnose. Weiterhin waren Kinder aus Familien mit einem geringen sozialen Status mehr als zweieinhalbmal häufiger betroffen wie solche, deren Familien einen hohen sozialen Status aufwiesen. Hingegen kam es bei den ADHS-Verdachtsfällen bei Jungen zweimal und bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus knapp dreimal häufiger zu einer Diagnose. Mit dem Alter der Kinder verzeichnete die Lebenszeitprävalenz von ADHS-Diagnosen einen kontinuierlichen Anstieg und erreichte den höchsten Wert bei den 11- bis 17-Jährigen. Verdachtsfälle dagegen zeigten sich mit zunehmendem Alter weniger oft. Ca. bei jedem fünften Kind mit einer diagnostizierten ADHS wurde die Diagnose im Alter von 6 Jahren erstmalig gestellt und bei jedem elften schon im Alter von 5 Jahren. Insgesamt kam es jedoch im Vergleich zu der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zu keinen beobachtbaren statistisch signifikanten Veränderungen der Diagnosehäufigkeit für ADHS. Hieraus wird geschlussfolgert, dass eine Zunahme der ADHS-Diagnosehäufigkeit, wie es aus den Krankenkassendaten hervorgeht, sich damit in den Daten von KiGGS Welle 1 nicht widerspiegelt.

**Abb. 5: ADHS-Diagnosehäufigkeit**

Quelle: Schlack et al. (2014b).

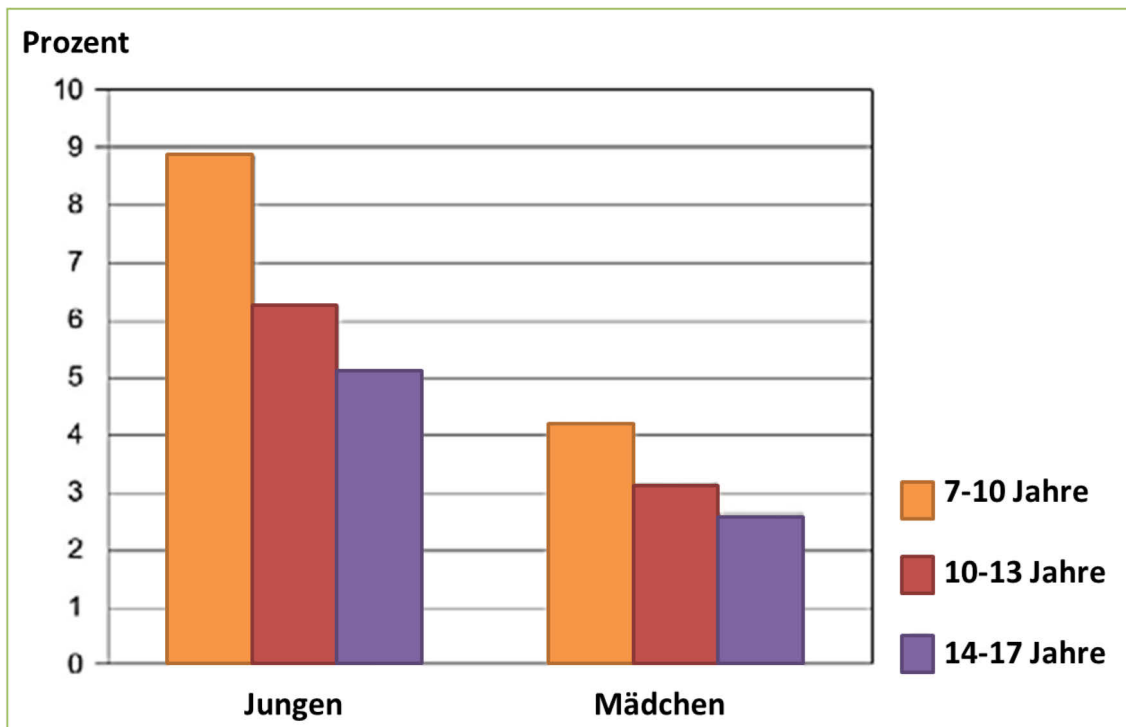
Warum es jedoch laut den erhobenen Daten der Krankenkassen zu einem weiteren Anstieg der Diagnose gekommen ist, der sich in der KIGGS-Studie keinesfalls zeigt, erscheint fragwürdig und müsste überprüft werden.

Der sich nun anschließende Punkt nimmt Bezug auf die signifikant unterschiedliche Geschlechterverteilung im Rahmen der Prävalenz von ADHS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen.

#### 4.5 Geschlechtsspezifische Aspekte

Laut der im vorangegangenen Punkt angeführten KIGGS - Studie zum Thema Prävalenz der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen in Deutschland, bekommen Jungen viereinhalbmal so häufig die Diagnose gestellt wie Mädchen (Schlack et al., 2014a). Dies deckt sich ebenfalls mit weiteren bundesweit repräsentativen Studien basierend auf Elternurteilen (Döpfner et al., 2013, 5). Die folgende Abbildung verdeutlicht erneut die unterschiedlichen Prävalenzraten für ADHS bei Jungen und Mädchen in verschiedenen Altersgruppen.

**Abb. 6: Prävalenzraten für ADHS in Deutschland bei Jungen und Mädchen in den einzelnen Altersgruppen**



Quelle: Döpfner et al. (2008 zit. nach Döpfner et al. 2013, 5).

Wissenschaftlich fundierte Erklärungsansätze für die deutlich höhere Prävalenzrate beim männlichen Geschlecht existieren noch nicht. Jedoch gibt es mehrere Ausführungen, die diese Tatsache zu erklären versuchen.

Hopf (2014) beschreibt beispielsweise die möglichen Bedingungsgefüge für die Überrepräsentanz des männlichen Geschlechts bei ADHS-Diagnosen aus psychoanalytischer Sichtweise und zitiert hierzu Krause (2011). Dieser, so Hopf, stellt die Sozialisation des Jungen zum einen als eine selektive „Herausbildung und Vergrößerung der als ideal definierten männlichen Affekte Erregung, Wut, Verachtung und Ekel auf Kosten der als minderwertig definierten weiblichen Affekte Furcht und Scham, Unbehagen und entspannt-kontemplative Freude“ dar (Krause, 2011, 218, zit. nach Hopf, 2014, 370 ff.). Andererseits, beschreibt Krause (2011), komme es im Rahmen der frühkindlichen Erziehung von Anfang an zu einer Sedierung unangenehmer Gefühle. Da diese nicht aushaltbar seien, dürfen ausschließlich positive Emotionen zum Ausdruck kommen (Krause, 2011, 218, zit. nach Hopf, 2014, 370 ff.).



Hopf (2014) geht von einer Schaffung familiärer und gesellschaftlicher Bedingungen aus, die eine vermehrte Unruhe bei Jungen zur Folge haben. „Unsere Gesellschaft produziert unruhige Kinder, aber sie erträgt sie nicht“ (Hopf, 2014, 370). Den großen Einfluss kultureller und gesellschaftlicher Aspekte auf die Entstehung von ADHS erläutert ebenfalls Ahrbeck (2007), der sich beschleunigende Lebensverhältnisse, Zeitverknappung und Reizüberflutung als nicht außer Acht zu lassende Parameter, die zur Entstehung einer Aufmerksamkeitsstörung beitragen können, benennt (Ahrbeck, 2007, 7).

Weiterhin führt Hopf (2014) die Aussagen von Hollstein (2012) an. Dieser sieht in den Jungen und Männern die Verlierer der Emanzipation, was er anhand vieler Beispiele belegt (Hollstein, 2012, 287 f.). Nach der Ansicht von Hollstein, sei die heutige Erziehung zum größten Teil ohne Vater und stattdessen „weiblichkeitsüberfrachtet“. Es müsse, so der Autor, langfristig ein Umdenken über die reale Wertigkeit des Männlichen geschehen. Ein Empathieschub wäre hierfür als Voraussetzung anzusehen, der es Jungen möglich macht, sie „so wahrzunehmen, wie sie wirklich sind und was sie zu ihrer Entwicklung brauchen“ (Hollstein, 2012, 297).

Außerdem betont Hopf (2014), dass Aufmerksamkeitsdefizite oftmals als Folge narzisstischer Störungen vorkommen, zu denen Jungen deutlich häufiger tendieren. Es gilt hiernach das Lustprinzip beizubehalten. Das Handeln wird von tollen Phantasien beeinflusst, die gleichzeitig eine Versagensangst hervorrufen.

Aufmerksamkeitsstörungen bei Mädchen hingegen werden oftmals von einer depressiven Symptomatik begleitet. Dies zeigt sich sowohl anhand von Antriebshemmungen, Ängsten, nicht zu genügen, als auch durch Rückzugstendenzen (Hopf, 2014, 366).

Zudem wirft ein Resultat der „Frankfurter Präventionsstudie“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2006) in Kindergärten die Hypothese auf, dass es Mädchen mit hyperaktiven Verhaltensauffälligkeiten besser möglich ist als Jungen, „verstehende Beziehungserfahrungen zu dynamisch wirksamen, strukturellen Veränderungen zu nutzen“ (Borowski et al., 2010, 260).

Das nun folgende Kapitel widmet sich der unterschiedlichen Entstehungsmodelle einer ADHS und stellt diese in einen kritischen Vergleich.

## 4.6 Ätiologie und Pathogenese

Im Rahmen dieses Punktes werden verschiedene Erklärungsmodelle, die für die Entstehung von ADHS verantwortlich gemacht werden, dargestellt und kritisch hinterfragt. Hierzu zählen sowohl genetische und umweltbedingte Faktoren als auch entwicklungspsychologische Bedingungen und die psychodynamische Betrachtungsweise, die möglicherweise als Ursache einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung gesehen werden können.

### 4.6.1 Biomedizinische Modelle

Streeck-Fischer (2014) benennt, dass unter Betrachtung des derzeitigen Mainstreams bei kinderpsychiatrischen Veröffentlichungen, weiterhin Zweifel bestehen, inwieweit Kindheitserfahrungen als relevanter Faktor für psychische Störungen angesehen werden, da diese anhand von Zwillings- und Adoptionsstudien vermehrt hinterfragt werden (Streeck-Fischer, 2014, 80). Somit erfolgt in der kinderpsychiatrischen Literatur primär die Beschreibung von ADHS als genetische Störung. Ihre Begründung findet diese Aussage unter anderem anhand von Auffälligkeiten im Hirnstoffwechsel sowie der neuronalen Entwicklung (Borowski et al., 2010, 245). Die genetischen Einflüsse lassen sich aufgrund von Familienstudien begründen. Diese zeigten eine erhöhte Prävalenz der Psychopathologie von Eltern und Verwandten der Kinder mit hyperkinetischen Störungen (Faraone et al., 1999, 768 ff.). Döpfner et al. (2007) zitieren Biederman et al. (1995), die belegten, dass bei 10-15 % der nahestehenden Familienmitglieder von Kindern mit einer hyperkinetischen Störung ebenfalls das Vorliegen einer derartigen Verhaltensauffälligkeit besteht. Weiterhin belegen Adoptionsstudien erhöhte Raten hyperkinetischer Störungen bei den biologischen Eltern der entsprechend diagnostizierten Kinder (Faraone & Biederman, 1998, zit. nach Döpfner et al., 2007, 20). Zudem zeigen auch Zwillingsstudien mit Konkordanzraten von 81 % bei eineiigen Zwillingen und bei zweieiigen Zwillingen von 29 % in die gleiche Richtung (ebd., 1998).

Untersuchungen von Szyf et al. (2007) und Weaver (2009), die an Mäusen durchgeführt wurden, belegen jedoch, dass unruhige, genetisch vorbelastete Mäusebabys, durchaus völlig entwicklungsunauffällig sind, wenn sie von unbelasteten

Mäusemüttern aufgezogen werden. Borowski et al. (2010) schlussfolgern daraus, dass „frühe günstige Pflegebedingungen zu einer erhöhten Stressresistenz mit epigenetischen Veränderungen auch bei ursprünglich genetisch belasteten Mäusebabys“ führen kann. Demnach, so der Autor, „sollte ADHS eher als ein *Extrem eines Verhaltens* betrachtet werden, das genetisch durch die gesamte Population hindurchgeht“ (Borowski, 2010, 245). Des Weiteren betonen die Autoren, dass es sich immer um eine Anlage-Umwelt-Interaktion handelt und kritisieren einen aus biomedizinischer Perspektive vernachlässigten Miteinbezug umweltbedingter Einflüsse und die Auswirkungen dieser auf das kindliche Gehirn (ebd., 245).

Beispielsweise zeigt eine Studie mit vernachlässigten und missbrauchten Kindern, dass gravierende Hirnentwicklungsstörungen aufgrund dieser Erfahrungen vorgefunden werden konnten (DeBellis et al., 1999), was ebenfalls für eine Veränderung der Hirnentwicklung durch Umwelteinflüsse spricht.

Streeck-Fischer und Fricke (2007) bemängeln zudem, es führe aus biomedizinischer Sicht zu einer Vernachlässigung umweltbedingter Entstehungsfaktoren, was das einseitige Propagieren biomedizinischer Therapiemodelle zur Folge habe (Streeck-Fischer & Fricke, 2007, 283).

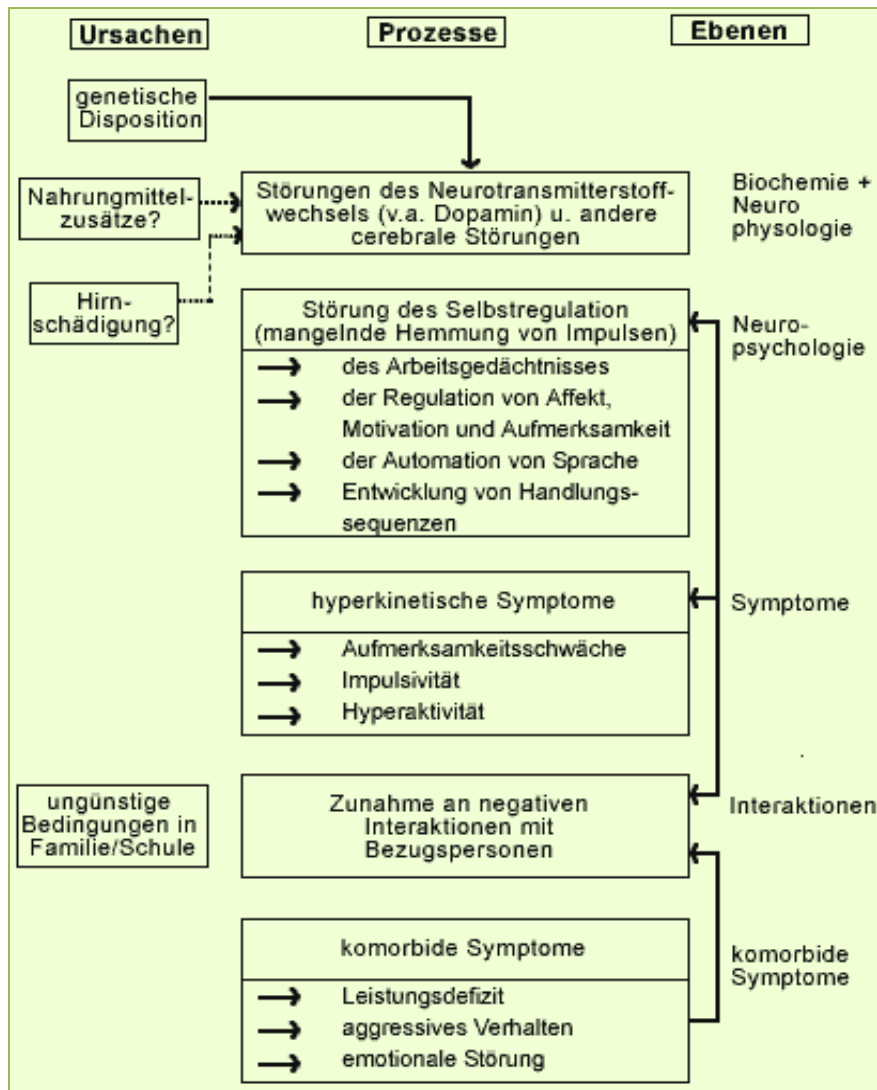
Im Rahmen des folgenden Punktes findet das biopsychosoziale Erklärungsmodell Beachtung, das zumindest in Teilen Umwelteinflüsse einbezieht.

#### **4.6.2 Biopsychosoziales Modell**

Als biopsychosoziales Modell zur Entstehung von ADHS lassen sich die verschiedenen ätiologischen Faktoren sowie die dadurch bedingten Dysfunktionen gefolgt von ihren negativen Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben der Kinder gut zusammenfassen (Remschmidt et al., 2008, 218). Es beinhaltet sowohl die im vorangegangenen Punkt angeführten genetischen Einflüsse als auch umweltbedingte sowie entwicklungspsychologische Ursachen. Die Gewichtung dieser Faktoren ist jedoch im Rahmen des biopsychosozialen Modells sehr einseitig angelegt und setzt den Fokus klar auf die medizinisch bedingten Erklärungsansätze. Die folgende

Abbildung von Döpfner et al. (2000 & 2007) dient hierbei zur Verdeutlichung des Modells.

**Abb. 7: Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörung**



Quelle: (Döpfner et al. 2000, zit. nach Döpfner et al. 2007, 22).

Remschmidt et al. (2008) erläutert, „die vorliegenden biochemischen und neurophysiologischen bildgebenden und molekulargenetischen Befunde fügen sich dahingehend zusammen, dass -ausgehend von einer genetisch bedingten Dysfunktion des Neurotransmittersystems,...-die Aufmerksamkeit, motorische Aktivität und Impulskontrolle gestört sind, wobei sich ungünstige psychosoziale Bedingungen in Familie und Schule negativ auf den Beginn, den Schweregrad und den Verlauf der Symptomatik auswirken“ (Remschmidt et al., 2008, 218).

Döpfner et al. (2007) führen an, dass familiäre Faktoren, im Laufe der Entwicklung, im Rahmen des Modells, weniger ätiologische Bedeutung zugeschrieben wird und biologische Ursachen ins Zentrum gerückt sind. Trotz allem nennt er einen bestehenden Zusammenhang zwischen ungünstigen familiären Bedingungen und dem Schweregrad der Symptomatik (Döpfner et al., 2007, 21). Diese Aussage wird von Hüther und Bonney (2011) unterstützt, die neueste Erkenntnisse aus der Hirnforschung anführen. Demnach ist es entgegen der bisherigen Annahme, die während der Hirnentwicklung ausgebildeten, neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen seien nicht wandelbar, möglich, dass sich die Struktur des Gehirns aufgrund von psychosozialen Einflüssen verändern lässt (Hüther & Bonney, 2011, 25).

Die Hervorhebung genetischer Faktoren, im Rahmen der letzten beiden Kapitel, als Hauptursache bei der Entstehung einer ADHS, steht den Befunden aus der Entwicklungspsychologie kritisch gegenüber. Letzteres findet im sich anschließenden Punkt nähere Betrachtung und zeigt eine kontroverse Sichtweise auf.

#### **4.6.3 Entwicklungspsychologische Befunde**

Eine aus der Entwicklungspsychologie stammende, alternative Begründung für die Entstehung von ADHS berücksichtigt vermehrt Umweltfaktoren wie die zunehmende Fülle von Reizen, durch z. B. Fernsehen und Computerspiele sowie eine von geringer Zuwendung geprägte Erziehung und fehlende Grenzsetzung. Vertreter des entwicklungspsychologisch orientierten Erklärungsansatzes sind der Ansicht, dass als wesentliche Ursache für die Entstehung einer ADHS-Problematik eine mangelnde Passung zwischen Kind und Umwelt zugrunde liegt. Das nicht ‚passende‘ Zusammenspiel genetisch bedingter Vulnerabilität und hilfreichen Beziehungserfahrungen sowie für die Entwicklung hinderliche frühe Bindungs- und Regulationserfahrungen wirken sich auf die Entwicklung der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur, das Selbst und damit auf die Art und Weise der Welt-Begegnung des Kindes aus. In besonderer Art und Weise werden diese Auswirkungen in der Regulationsfähigkeit, der Fähigkeit zur Mentalisierung und der Selbst-

Repräsentation erkennbar (Fonagy & Target, 2004). Ausführlicher wird auf diese Fähigkeiten in Kapitel 4.6.5 eingegangen.

Von Lüpke (2006) zur Folge, kritisieren die Befürworter entwicklungspsychologischer Ansätze die Überbewertung genetischer Komponenten bei der Entstehung von ADHS. Laut von Lüpke gelang es anhand von Studien aufzuzeigen, dass überstimulierendes Verhalten der Eltern im Rahmen der Interaktion mit ihrem Säugling ein Risikofaktor für die spätere Entwicklung von ADHS-Symptomen darstellte, als auch, dass Angst und Stress der Mutter im Verlauf der Schwangerschaft zu Überaktivität, Unaufmerksamkeit und emotionalen Problemen der Kinder geführt haben. Jedoch macht der Autor darauf aufmerksam, dass die eben angesprochenen Studien prospektiv und nicht-randomisiert sind. Somit sei es nicht möglich, Einflussfaktoren während der Schwangerschaft unmittelbar in direkten Bezug zu späteren Auffälligkeiten zu setzen. Mattner (2006) kritisiert, dass bei neurobiologischen Konzeptionen, die sich als problematisch darstellenden, offensichtlichen psychosozialen Lebensbedingungen betroffener Kinder als möglicher primärer ätiologischer Faktor der Verhaltensprobleme bewusst nicht weiter betrachtet werden.

In ihrer Stellungnahme spricht die Bundesärztekammer sich für den Standpunkt aus, dass das Vorherrschen ungünstiger psychosozialer Bedingungen als exogener Risikofaktor zu sehen ist, jedoch macht sie diese Faktoren in erster Linie für den Schweregrad der Symptomatik sowie das Auftreten von assoziierten Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich und nur im geringen Maße für das Auftreten einer ADHS-Symptomatik im Allgemeinen (Bundesärztekammer, 2005, 22).

Sich anschließend an die Befunde aus der Entwicklungspsychologie, sind psychodynamische Modelle zu betrachten. Diese finden im nächsten Punkt Erwähnung.

#### **4.6.4 Psychodynamische Modelle**

Psychodynamische Modelle basieren auf einem psychoanalytischen Verständnis von ADHS, was in diesem Sinne nicht als abgrenzende Störung definiert wird, sondern ein Syndrom mit ganz unterschiedlichen Symptomen beschreibt (Borowski et al., 2010). Streeck-Fischer und Fricke (2007) erläutern hierzu, dass obwohl ADHS aus

psychodynamischer Sicht nicht als ein isoliertes Problem betrachtet wird, im Bereich der Psychoanalyse bereits frühe Ansätze existieren, die eine Erklärung für die Unruhe dieser Kinder liefern und somit eine darauf abgestimmte Behandlung möglich machen (Streeck-Fischer & Fricke, 2007, 281). Die Autorinnen führen an, dass sowohl Hyperaktivität als auch Impulsivität und mangelnde Aufmerksamkeit, einerseits unter konflikt-dynamischen Aspekten zu verstehen sind und andererseits auch als Antwort auf die eingeschränkte Entwicklung der Ich-Struktur verstanden wird. Ersteres, so Streeck-Fischer und Fricke, sei als ein Abwehr- und Schutzverhalten anzusehen. Die ADHS-Symptome dienen somit beispielsweise der Vermeidung von extrem negativen Gefühlen, die durch belastende oder bedrohliche innere und äußere Gefahren entstanden sind. In Bezug auf den zweiten Fall werden Aspekte der Entwicklungsstörung als vordergründig genannt. Hierzu gehören z. B. Störungen der Ich-Struktur, wie ein Mangel an Spannungstoleranz und Impulskontrolle sowie Beeinträchtigungen der synthetisch-integrativen Funktionen des „Ichs“ (Streeck-Fischer & Fricke, 2007, 281, zitiert nach Gilmore, 2000; 2002). Weiterhin leiden Kinder mit ADHS unter einer oft mangelnden Fähigkeit der Symbolisierung ihres Erlebens. Es gelingt ihnen oftmals nicht, ihr Inneres mitzuteilen. Dies wiederum spiegelt sich in ihrem Handeln und ihrer Interaktion wider. Oftmals schaffen sie es nicht, ein empathisches Verständnis für andere Personen zu entwickeln, was dazu führt, dass ihr eigenes Verhalten oft unreflektiert, sprachlos und für sie ohne Bedeutung bleibt (ebd., 2007, 281 & Barkley, 1997). Dies kann, aufgrund früher und ungünstiger Entwicklungsbedingungen, zu einer Manifestierung der Problematik der Kinder und Jugendlichen führen. Geraten sie in eine für sie psychisch anspruchsvolle und herausfordernde Situation, ist es ihnen oft nicht möglich adäquat zu antworten. Stattdessen wird mit Hektik und motorischer Unruhe reagiert. Hierdurch versuchen die Kinder etwas auszudrücken, zu dem ihnen der verbale Zugang verweigert ist. Es ist ihnen nicht möglich, aktuelle sowie frühere Erfahrungen zu betrachten bzw. es ist innerlich versperrt, d. h. so etwas wie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sind allem Anschein nach für sie intrapsychisch nicht existent. Folglich kann das nicht Vorhandene weder gedacht noch gespielt werden (Streeck-Fischer, 2007). Für Störungen dieser Art, so Streeck-Fischer (2007), wurde von Fonagy & Target (2004) das Konzept der Mentalisierungsstörung erarbeitet. Die Autorin führt weiterhin an, dass

sich schon zu früheren Zeiten Sterba (1937) oder Piaget (1952), mit dieser Problematik befasst haben. Piaget äußerte in dem Zusammenhang den Begriff der „Dezentrierung“. Hiermit möchte die Autorin sagen, dass man nicht allein in der Welt mit seinen Erfahrungen existent ist. Vielmehr gelte es, Erfahrungen zu besitzen, sie zu erkennen und zu betrachten. Findet diese Dezentrierung nicht statt, so sei der Repräsentanzenbildungsprozess nicht ausreichend funktionsfähig. Dies führe zu einer gar nicht bis mangelhaften Befähigung zur Selbstreflexivität, die mit der frühen Interaktion mit einer sensiblen, spiegelnden Pflegeperson in Verbindung steht (Streeck-Fischer, 2007, 281).

Weitere Erläuterung des psychodynamischen Modells in Bezug auf eine psychoanalytisch ausgerichtete therapeutische Intervention befindet sich in Kapitel 4.7.4 dieser Arbeit.

#### **4.7 Interventionen**

Der folgende Punkt gibt Aufschluss über die in erster Linie gängigen Therapieformen bei ADHS. Die zuallererst beschriebene „Pharmakotherapie“ basiert auf dem bereits genannten „Biomedizinischen Modell“. Die in Punkt 4.7.2 angeführte „Psychoedukation und Verhaltenstherapie“ sowie die in Punkt 4.7.3 dargestellte „Multimodale Therapie“ orientieren sich gleichermaßen grundlegend an im vorangegangenen Abschnitt erörterten „Biopsychosozialen Modell“. Das Kapitel schließt mit der „psychoanalytisch begründeten Therapie und Prävention“. Diese liegt dem in Punkt 4.6.4. angeführten „Psychodynamischen Modell“ zugrunde und bezieht ebenfalls entwicklungspsychologische Befunde verstärkt mit ein (vgl. Punkt 4.6.4).

Neben den hier genannten existieren noch weitere Interventionsformen wie Diät-Behandlung, Entspannungsverfahren, Mototherapie, Psychomotorik, Ergotherapie und Homöopathie. Diese sind jedoch noch nicht eingehend erforscht und bieten somit wenig Aufschluss über die tatsächliche Wirksamkeit. Insbesondere ergotherapeutische Maßnahmen finden allerdings ergänzende Anwendung und werden zusätzlich zu gängigen Maßnahmen, vor allem im frühen Kindesalter verordnet.



#### 4.7.1 Pharmakotherapie

Psychostimulanzien sind im Rahmen der psychopharmakologischen Behandlung einer ADHS die Medikamente erster Wahl. Im Jahre 1994 kam es zu einer Anwendung bei Kindern mit einer hyperkinetischen Störung von etwa 80 %. Über 170 Studien zur Folge, an denen mehr als 5.000 Kinder teilnahmen, haben sich etwa 70 % bis 85 % der Patienten als sogenannte Responder auf mindestens eines der drei gängigen Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin, Pemolin) erwiesen. Hierbei zeigte sich Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®) als das wirkungsvollste und am weitesten verbreitete Psychostimulanz, dessen chemische Struktur den Neurotransmittern Dopamin und Noradrenalin ähnelt (Döpfner et al., 2007, 57).

Die genaue Art der Wirkung von Methylphenidat ist noch nicht vollständig erklärbar, jedoch besteht die Ansicht, dass es eine dopaminagonistische Wirkung hat und die dopaminerge Aktivität moduliert, indem es zu einer Hemmung der Dopaminwiederaufnahme kommt und somit der extrazelluläre Dopaminspiegel ansteigt. Diese erhöhte Ausschüttung von Dopamin an den Synapsen steigert die Wahrscheinlichkeit einer Wirkung an der postsynaptischen Zelle (Vaidya & Stollstorff, 2008, 264).

Im September 2010 kam der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu dem Beschluss, dass Methylphenidat unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Dies geschah mit der Argumentation, einer vorschnellen ADHS-Diagnose und einer damit verbundenen einseitigen medikamentösen Behandlung entgegenzuwirken. Medikamente sollten demnach nur noch die Therapieform zweiter Wahl sein. Dies bedeutet, es sollte erst zu einer medikamentösen Intervention kommen, wenn der Erfolg nicht-medikamentöser Therapien ausbleibt und auch nur in Kombination mit einer multimodalen Behandlungsform Anwendung finden. Eine erste Auswirkung dieses Beschlusses verkündete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Demzufolge waren 2014 die Anzahl der verordneten ADHS-Medikamente rückläufig. Wohingegen 2013 noch 1.803 Kilogramm verordnet wurden, belief sich die Zahl 2014 auf 1.716 Kilogramm. Somit sei der Verbrauch erstmalig nach 20 Jahren gesunken. Von 2002 bis 2012 hatte sich der Verbrauch sogar verdreifacht. Als Begründung für diesen

Rückgang nannte das BfArM die 2010 beschlossenen Beschränkungen bei der Verordnung der Psychostimulanzien (BfArM, 2015).

Folgende Abbildung zeigt den Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln von 1993-2014 und lässt sowohl den hohen Anstieg als auch den leichten Rückgang deutlich werden.

**Abb. 8: Erwerb von Methylphenidat durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln**



Quelle: BfArM (2015).

Die Kurzzeiteffekte einer pharmakologischen Behandlung mit Methylphenidat sind insbesondere anhand einer Verbesserung der ADHS-typischen Kernsymptome zu verzeichnen (Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität). Als Folge gelingt es den Kindern besser, sich nicht ablenken zu lassen. Weiterhin kommt es zu einer Verringerung der motorischen Unruhe, die Inhibitionsfähigkeit steigt an und das störende Unterrichtsverhalten wird reduziert (DeVito et al., 2009; Kratz et al., 2009; Wilens et al., 2010). Inwieweit das Medikament Wirkung zeigt, ist von Patient zu Patient verschieden. Abhängigkeiten finden sich hierbei sowohl in der verabreichten Menge als auch der Dauer der Behandlung. Gewöhnungserscheinungen können auftreten sowie Nebenwirkungen aufkommen (Czerwenka et al., 1997).

Die Wirkung von beispielsweise Methylphenidat tritt nach ca. einer halben Stunde ein und hält dann ungefähr 4 bis 6 Stunden an. Jedoch ist auch die Dauer vom Einzelfall sowie der Dosierung abhängig. Möglicherweise muss mittags noch eine zusätzliche Dosierung erfolgen, um den Nachmittagsbereich abzudecken. Die Einnahme und Dosierung soll jedoch immer unter ärztlicher Anleitung erfolgen. Ob die Medikamente anschlagen bzw. hilfreich sind, ist bereits oftmals nach ungefähr einer Woche erkennbar. Es empfiehlt sich zudem ein jährlicher Auslassversuch, d. h. das Medikament soll abgesetzt werden, um zu beurteilen ob und inwieweit sich Leistungen und Verhalten wieder verschlimmern. Ist dies der Fall, wird die Behandlung in der Regel fortgesetzt. Selten erfolgt jedoch eine Einnahme der Medikamente über die Pubertät hinaus, da es im Verlauf der Entwicklung eher zu einer Stabilisierung statt zu einer Verschlechterung kommt (Czerwenka et al., 1997).

Wie bereits oben angeführt, wird durch die Einnahme von Stimulanzien in der Regel das Verringern ADHS-typischer Symptome erreicht. Dies führt oftmals dazu, dass sich das Kind länger konzentrieren kann, das Verhalten angepasster erscheint und die Leistungen steigen. Letzteres bedeutet offenbar nicht, dass der Junge oder das Mädchen intelligenter werden. Laut der Studie von Geißler (2008), unterscheidet sich der Gesamt-IQ von Kindern mit ADHS nicht signifikant von der Normstichprobe (Geißler, 2008, 113). Es bestehen jedoch bessere Voraussetzungen, das bereits vorhandene Potential zu nutzen. Hierbei lassen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede erkennen. In welchem Ausmaß Unterschiede im Verhalten und in Bezug auf Leistung zu verzeichnen sind, ist individuell stark verschieden. Bei manchen Kindern kommt es zu einer beeindruckenden Veränderung, über die insbesondere Eltern und Lehrer erfreut sind. Andere hingegen bemerken lediglich eine geringe Verbesserung der Konzentrationsleistung sowie Unruhe. Bei einer weiteren Gruppe zeigen die Psychopharmaka überhaupt keine Wirkung (Czerwenka et al., 1997).

Bei ca. 10-20 % der hyperaktiven Kinder treten Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit, Schlafmangel, erhöhte Unruhe und Reizbarkeit bis hin zu depressiven Verstimmungen auf. Hier ist eine Herabdosierung oder ein gänzlich Absetzen der Medikation bei bestehender Symptomatik erforderlich (ebd., 1997).

Befunde in Bezug auf die Langzeitwirkung von Methylphenidat wurden noch nicht ausreichend erhoben. Klare Bedenken bezüglich möglicher Folgeerscheinungen des

Präparates äußern jedoch Hüther und Bonney (2011). Sie vermuten und stützen ihre Annahmen durch Tierversuche an jungen Ratten, dass pharmakologische Eingriffe im Kindesalter auf die sich noch in der der Entwicklung befindende Struktur des Gehirns Einfluss nehmen. Weiterhin befürchten die Autoren, dass dies folglich zu einer ungenügenden Entfaltung der Gehirnstrukturen führt, die für die Freisetzung des Botenstoffes Dopamin verantwortlich sind. Dies könnte das Krankheitsbild des Parkinson-Syndroms in späteren Jahren auslösen (Hüther & Bonney, 2011, 73 ff.).

Das Forschungsprojekt „Mit Ritalin® leben. Zum Selbstbild von Jungen mit ADHS“ unter der Leitung von Haubl und Liebsch (2010) (vgl. Punkt 4.8.2) sowie praktische Erfahrungen zeigen auf, dass Kinder den Medikamenten oftmals positiv gegenüber stehen, da es ihre schulischen Leistungen steigert und auf der Beziehungsebene bessere Erfahrungen gemacht werden. Laut der Autoren ist hierbei kritisch anzumerken, dass es zu einer Gefährdung der Selbstwirksamkeit komme. Viele der Kinder sind der Ansicht, ohne dieses Medikament und somit aus eigenem Antrieb heraus, Erfolge nicht erzielen zu können. Zudem ist auffällig, dass die Kinder selber oftmals keine Veränderung ihres Empfindens unter Medikation feststellen. Vielmehr erhalten sie die positiven Rückmeldungen seitens der Eltern, Lehrer etc., was ihnen das Gefühl gibt, dass die Einnahme der Stimulanzien notwendig und sinnvoll ist (Haubl & Liebsch, 2010, 205).

Ergänzend zur medikamentösen Behandlung erfolgt im nächsten Punkt die Darstellung der Psychoedukation sowie der Verhaltenstherapie als alternative Maßnahmen beim Vorliegen einer ADHS.

#### **4.7.2 Psychoedukation und Verhaltenstherapie**

Die Basis aller folgenden Interventionen bildet die Beratung und Psychoedukation der Eltern, der Kinder sowie der Erzieher oder Lehrer. Dies gilt trotz der Tatsache, dass eine Wirksamkeit dieser Maßnahmen bisher nicht eingehend erforscht wurde (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Schürmann & Döpfner, 2010). Jedoch zeigte die Kölner Studie zur Wirksamkeit multimodaler Behandlung von Kindern mit ADHS bereits im Rahmen der Beratungsphase eine Reduzierung der Symptome (Döpfner et al., 2013, 23).

Döpfner et al. (2013), differenzieren verhaltenstherapeutische Maßnahmen anhand der im Fokus stehenden Personen der Intervention. Demnach erfolgt eine Unterteilung in „umfeldzentriert“ und „patientenzentriert“. Ersteres umfasst sowohl eltern- und familienzentrierte als auch kindergarten- und schulfokussierte Interventionen von ADHS-Kindern. Anhand diverser Studien konnte die Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen belegt werden. Beispielhaft hierfür steht unter anderem das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten bekannt als THOP (Döpfner et al., 2007), das positive Effekte erzielte.

Zu den patientenzentrierten Formen der Intervention nennen Döpfner et al. (2013, 25) Spieltraining, kognitive Trainings, Selbstmanagement und Neurofeedback. Im Folgenden werden alle vier Methoden kurz tabellarisch dargestellt:

**Tab. 17: Patientenzentrierte Formen der Intervention**

Interventionen	Ziel und Wirksamkeit
<b>Spieltraining</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dient der Steigerung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und sowie Ausdauer bei ADHS-Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren.</li> <li>• Bisher kaum untersucht, die Wirksamkeit wurde jedoch in einem einzelfallanalytischen Vorgehen belegt (Döpfner &amp; Sattel, 1992).</li> </ul>
<b>Kognitive Trainings</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziel ist, mit Hilfe des Selbstinstruktionstrainings, das anhaltende zentrieren der Aufmerksamkeit sowie das bessere kontrollieren des impulsiven Denk- und Handlungsstils als auch das verbale stoppen bei Problemkonfrontationen und die Entwicklung reflektierter Handlungspläne</li> <li>• Im Hinblick auf schulische Fähigkeiten konnten einzelne Verbesserungen erzielt sowie ein Rückgang kognitiver Impulsivität verzeichnet werden, jedoch war es bislang nicht möglich einen Nachweis der Generalisierung von Behandlungseffekten auf Alltagsproblemstellungen zu erbringen.</li> </ul>
<b>Selbstmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziel ist die Anleitung des Patienten, in seiner natürlichen Umgebung, auf eigene Verhaltensprobleme aufmerksam zu werden und erlernte Handlungsalternativen zu zeigen sowie sich bei gelingen selbst positiv zu verstärken.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Wirksamkeit von Selbstmanagement-Methoden konnte in einzelnen Studien nur teilweise belegt werden. Eine erhöhte Wirksamkeit konnte jedoch nachgewiesen werden, wenn eine Kombination aus Selbstmanagement und Selbstinstruktion stattfand.</li> </ul>
<b>Neurofeedback</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ziel ist das Erhalten von Kontrolle der Patienten über ihre elektrische Hirnaktivität.</li> <li>Im Vergleich zu kognitiven Verfahren zeigte sich das Neurofeedback im Rahmen einiger Studien als wirksamer. Jedoch ist eine letztendliche Wirksamkeitsbeurteilung als leitliniengestütztes Behandlungsverfahren noch nicht möglich.</li> </ul>

Quelle: in Anlehnung an Döpfner et al. (2013, 25 ff.).

Eine Kombination der bisher genannten Therapiemethoden bietet die „Multimodale Therapie“, als derzeit meist propagierte Interventionsform und findet im folgenden Punkt nähere Erläuterung.

#### 4.7.3 Multimodale Therapie

Eine Vielzahl von Studien begründen Zweifel daran, dass isolierte psychologische, medizinische oder pädagogische Interventionen, wie sie in den vorangegangenen Punkten dargestellt wurden, einen eher unzureichenden Behandlungserfolg darstellen. Die starke Komplexität der bereits genannten Symptomatik in den verschiedenen Bereichen des Lebens (Familie, Schule, Freizeit) geht der Forderung eines multimodalen Behandlungskonzeptes nach. Hierunter ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit diverser Fachrichtungen wie Schule, Ärzte, Therapeuten und ggf. Jugendhilfe zu verstehen, die in enger Abstimmung den betroffenen Kindern und ihren Familien Unterstützung bieten sollen (Schröder, 2006).

Döpfner et al. (2013) führen an, dass es anhand verschiedener Studien Anfang der 1980er Jahre zu einer Untersuchung der Wirksamkeit der Verknüpfung von Psychopharmakotherapie

- mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen in der Familie sowie im Unterricht (u. a. Firestone et al., 1981; Pelham, 1985; Kolko et al., 1999),

- oder mit kognitiven Trainings (u. a. Abikoff & Gittelman, 1985; Cohen et al., 1981)
- als auch durch die Kombination aller drei Behandlungsformen kam (Horn et al., 1991; Ialongo et al., 1993; MTA Cooperative Group, 1999a, b) kam.

Hieraus lässt sich ableiten, dass die meisten Studien auf eine leicht erhöhte Wirksamkeit multimodaler Interventionen im Gegensatz zu einer ausschließlichen Stimulanzientherapie hinweisen (Döpfner et al., 2013, 34).

Gittelman und Mitarbeiter (1980) gelang es nicht, stärkere Effekte bei der Kombination verhaltenstherapeutischer Interventionen in der Familie und in der Schule in Addition zur Stimulanzientherapie gegenüber der Behandlung mit Psychopharmaka alleine zu belegen. Jedoch stuften Lehrer die motorische Unruhe bei der multimodalen Behandlung als geringer ein (Gittelman et al., 1980). Ebenfalls im Rahmen der Multimodal Treatment Study (MMT), in der Kinder mit ADHS allerdings ohne aggressive Verhaltensstörung sowie Lernstörungen untersucht wurden. Es wurden dabei drei Behandlungsgruppen in einen Vergleich gestellt:

- Gruppe mit optimaler Methylphenidat-Therapie,
- Gruppe mit zusätzlicher Verhaltenstherapie, insbesondere Elterntraining, jedoch ohne schulbasierte Maßnahmen sowie
- Gruppe mit Aufmerksamkeitskontrolle ergänzend zur Methylphenidat-Therapie.

Als Ergebnis dieser Studie lassen sich keine Unterscheidungen in Bezug auf ADHS-Symptome, emotionale Auffälligkeiten sowie das soziale Funktionsniveau als auch schulischer Leistungsfähigkeiten der drei Behandlungsbedingungen verzeichnen (Abikoff et al., 2004; Hechtman et al., 2004a & 2004b, zit. nach Döpfner et al., 2013, 35).

Eine weitere, sehr breit angelegte Studie, ist die Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA). Sie wurde durch das US-amerikanische National Institut of Mental Health (NIMH) durchgeführt, umfasste eine Stichprobe von 579 Kindern und ist somit die Studie mit dem bislang größten Aufwand. Sie gliederte sich in vier verschiedene Behandlungsbedingungen, denen die Kinder zufällig zugewiesen und über einen Zeitraum von 14 Monaten behandelt wurden:

- Pharmakotherapie mit Beratung
  - Verhaltenstherapie
  - Kombinierte Therapie (Pharmakotherapie und Beratung)
  - Routinebehandlung (Aufklärung der Eltern über Eingangsdiagnostik sowie zumeist medikamentöse Behandlung)
- (Döpfner et al., 2013, 35 f.).

Die Ergebnisse der Studie lassen darauf schließen, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie die Stimulanzientherapie mit Beratung sich gleichwohl als effektiv erweisen und sich in Bezug auf die Wirksamkeit bei den meisten Variablen nicht wesentlich unterscheiden. In Anbetracht der Reduzierung des hyperkinetischen Verhaltens zeigte sich die Pharmakotherapie mit Beratung im Vergleich zur Verhaltenstherapie zumeist effektiver. Insgesamt geht aus der Studie hervor, dass eine multimodale Behandlung im Vergleich zur Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie plus Beratung nicht besser abschneidet. Die gefundenen Unterschiede bleiben unterhalb der Signifikanzgrenze (ebd., 2013, 37).

Im Rahmen der Kölner adaptiven multimodalen Therapiestudie (KAMT-Studie) erfolgte eine ambulante Behandlung von 75 Kindern zwischen sechs und zehn Jahren mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung. In Folge einer sechswöchigen Phase der Psychoedukation und des Beziehungsaufbaus kam es initial entweder zu einer verhaltenstherapeutischen Behandlung (n=45) oder medikamentösen Behandlung mit Psychostimulanzien (n=28). Bei zwei Kindern kam es hierbei zu einem Abbruch. Weitere Interventionen wurden nach dem individuellen Behandlungsbedarf ausgerichtet. Somit kam es bei teilweise erfolgreicher Stimulanzientherapie zu einer Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, bei einer nicht erfolgreichen medikamentösen Therapie erfolgte ein Wechsel auf Verhaltenstherapie und bei sehr gelungener Stimulanzientherapie wurde keine weitere Therapie indiziert (ebd., 2013, 37 f.).



Die Resultate in Bezug auf die Veränderungen während der individualisierten, multimodalen Therapie lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Die Abbrecherquote ist mit 10 % sehr niedrig sowie die Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung insgesamt sehr hoch.
- Bei 40 % schätzten die Eltern der Patienten die Verhaltensauffälligkeiten nach Ende der Behandlung so gering ein, dass die Kriterien für die Diagnose einer ADHS (nach DSM-IV) sowie einer Störung des Sozialverhaltens nicht mehr erfüllt waren.
- Seitens der Lehrer wurden die Verhaltensauffälligkeiten bei 57 % der Patienten als so gering erachtet, dass auch hier die Kriterien für die Diagnose einer ADHS sowie einer Störung des Sozialverhaltens nicht mehr zutrafen.
- Im Verlauf der multimodalen Therapie kam es zu einer deutlichen Verringerung therapierelevanter individueller Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie. Nach Abschluss der Behandlung lag der Anteil der Kinder mit geringen Problemen laut Einschätzung der Eltern bei 64 % wohingegen dieser zu Beginn der Therapie nur 22 % verzeichnete.
- Auch im Rahmen der Schule kam es zu einer deutlichen Reduktion der Verhaltensprobleme im Verlauf der multimodalen Therapie. Nach dem Lehrerurteil gab es einen Anstieg der Kinder mit geringen Problemen auf 62 % bei Therapieende im Verhältnis zu lediglich 13 % bei Beginn der Behandlung.
- Ebenfalls war ein Abfall emotionaler Auffälligkeiten durch die multimodale Therapie zu verzeichnen.

(Lehmkuhl & Döpfner, 2006, 127 f.).

Obwohl die Belege für eine Wirksamkeit kognitiver Interventionen, wie das Selbstinstruktionstraining, beim Kind gering ausfallen, wurde von einer erfolgsversprechenden Kombinationsbehandlung mit Methylphenidat ausgegangen. Die Erwartung diesbezüglich war eine nachhaltige Unterstützung durch die medikamentös bedingte Verbesserung des Verhaltens und insbesondere der Aufmerksamkeitsleistungen sowie die Aneignung von Selbstkontrolle- und Problemlösefähigkeiten. In weiteren Studien mit Schulkindern kam es ebenfalls nicht

zu dem Ergebnis besserer Effekte aufgrund einer multimodalen Therapie gegenüber einer ausschließlichen medikamentösen Behandlung (Döpfner et al., 2000).

„Die im amerikanischen und deutschen Raum vorhandenen klinischen Leitlinien für die Diagnostik und Therapie hyperkinetischer Störungen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003; Taylor et al., 2004; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; 2002) verlangen ein systematisches Vorgehen, das verschiedene Behandlungskomponenten integriert.“ (Lehmkuhl & Döpfner, 2006, 130). Im Hinblick auf die hohe Anzahl gestörter Funktionen und der beeinträchtigten Lebensbereiche ist davon auszugehen, dass nicht ein Behandlungsansatz isoliert bei dieser Symptomatik erfolgsversprechend ist. Stattdessen wird eine multimodale Therapie, also das Kombinieren mehrerer Behandlungsansätze, für notwendig erachtet. Trotz dem die empirischen Resultate lediglich einen eingeschränkten Effekt multimodaler Therapie in Ergänzung zur Medikation belegen, wird davon ausgegangen, dass sowohl die Motivation hinsichtlich einer Behandlung als auch der längerfristige Verlauf, vor allem in Bezug auf komorbide Störungen, einer Verbesserung unterliegen. Im Rahmen der Organisation eines multimodalen therapeutischen Vorgehens sowie der damit verbundenen Selektion der entsprechenden Interventionsformen sollte Wert darauf gelegt werden, dass die Therapie an dem Punkt ansetzt, an dem die Schwierigkeiten zum Vorschein kommen. Sei es beim Kind selbst, in der Familie, in der Schule, bei den Aufmerksamkeitschwächen, der Impulsivität, der Hyperaktivität oder der Aggressivität. Dieses Vorgehen ist von großer Relevanz, da sich Therapieeffekte nur unzureichend von einem Lebensbereich auf den anderen oder von einer Störungsform auf die andere generalisieren lassen (Döpfner et al., 2007; Döpfner & Lehmkuhl, 1998; 2002).

Der sich nun anschließende Punkt nimmt Bezug zur psychoanalytischen Therapieform und bildet eine Kontroverse zur multimodalen Therapie.

#### **4.7.4 Psychoanalytisch begründete Therapie und Prävention**

Das psychoanalytische Verständnis charakteristischer ADHS-Symptome bei Kindern geht über das medizinische Modell hinaus und wird als Ausdruck innerpsychischer Konflikte verstanden, die es genau zu entschlüsseln gilt und somit eine individuell angepasste Förderung möglich machen soll (Leuzinger-Bohleber et al., 2006, 241). Leuzinger-Bohleber et al. (2006) beschreiben die Symptomatik dieser Kinder als „Notlage im Zusammenhang mit einem Entwicklungsdefizit im Bereich der psychischen Regulationsmöglichkeiten, stabiler, haltender innerer Objekte, stabiler Selbst- und Objektgrenzen sowie der Fähigkeit zu symbolisieren und zu mentalisieren“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2006, 241). Das auffällige Verhalten des Kindes wird als Hinweis auf die o. g. Entwicklungsdefizite bezeichnet und stellt einen Versuch dar, mit dieser Notsituation umzugehen. Aus der Sicht der Psychoanalytiker, so Leuzinger-Bohleber et al. (2006), gestaltet es sich problematisch mit Hilfe eines zielführenden Trainingsprogramms oder einer medikamentösen Behandlung, die ADHS Symptomatik einzudämmen, wenn nicht verstanden wird, was das Kind über seinen persönlichen Zustand über die Symptome auszudrücken versucht. Somit gilt es im Rahmen der Therapie, die individuellen und komplexen Hintergründe zu erschließen, um in dem Zuge eine ebenfalls individuelle und komplexe, am Kind und seinem Umfeld orientierte, Förderung zu gewährleisten. Sowohl pädagogische als auch therapeutische Interventionen zielen darauf ab, insbesondere mit Hilfe neuer Beziehungserfahrungen eine schrittweise stattfindende Veränderung des inneren Erlebens dieser Kinder herbeizuführen, die eine Entbehrlichkeit der Symptome zur Folge haben sollen.

Trotz der anspruchsvollen und zeitintensiven Herangehensweise belegen zahlreiche klinische und pädagogische Erfahrungen nachhaltige Erfolge (Leuzinger-Bohleber et al., 2006).

Ergänzend hierzu äußert sich Bergmann (2010). Der Autor sieht unter anderem die heutigen schulischen Bedingungen verantwortlich für die ADHS-Symptomatik. Diese fordern ein ausgeprägtes Maß an regeltem Verhalten, dem sich viele Kinder nicht mehr gewachsen fühlen. Der verstärkte Druck, den die Kinder in der Schule erfahren, äußert sich bei manchen mit Verhaltenssymptomen, wie Wut, Impulsivität, Hass, Rückzug sowie Unkonzentriertheit und Trauer (Bergmann, 2010, 33).

Um durch psychoanalytische Maßnahmen positive Veränderungen herbeizuführen und empirisch zu untermauern, wurde die Frankfurter Präventionsstudie durchgeführt und wird im sich anschließenden Punkt noch Erläuterung finden.

Hüther und Bonney (2011) nennen zudem einige präventive Ansätze, um der Manifestierung ADHS-typischer Verhaltensweisen vorzubeugen. Diese werden im Folgenden kurz tabellarisch dargestellt:

**Tab. 18: Präventive Ansätze für ADHS-typische Verhaltensweisen**

Präventiver Ansatz	Beschreibung der Verhaltensweise
<b>Für Beruhigung und Bindungssicherheit sorgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder, die durch vermehrtes Schreien und einen extrem benötigten Körperkontakt die Eltern an ihre Grenzen bringen.</li> <li>• Das Verhalten des Kindes soll nicht als Störung, sondern als Ausdruck einer besonderen Begabung oder eines besonderen Bedürfnisses gesehen werden.</li> </ul>
<b>Der Entwicklung von Stimulationsabhängigkeit vorbeugen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder benötigen feinfühliges Fürsorge der Eltern sowie eine strukturierende Führung, die auf Beruhigung abzielt.</li> <li>• Umstände, die eine sichere Bindung zu den Eltern verhindern, sollen vermieden werden</li> <li>• Eltern sollen eigene Bedürfnisse wahrnehmen und Überforderungen vermeiden.</li> </ul>
<b>Ich-stärkende Führung und Erziehung anstreben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein klares „Nein“ und Grenzen sind wichtig für die Ich-Stärke, statt nur an die Einsichtsfähigkeit des Kindes zu plädieren.</li> </ul>
<b>Handelnde Erziehung einsetzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindern Regeln und Grenzen setzen, insbesondere in der „Trotzphase“.</li> <li>• Eltern sollten erzieherisch handeln und nicht auf einen rein verbalen Erziehungsstil zurückgreifen.</li> </ul>
<b>Die Welt des Kindes und die Welt des Erwachsenen unterscheiden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindgerechte Ansprüche stellen, die altersentsprechende Verteilung von Verantwortung mit sich bringt.</li> <li>• Kindern nicht mehr zumuten als sie „verdauen“ können.</li> </ul>
<b>Kinder vor überlastenden Erfahrungen schützen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen durch Medien sollten sorgsam dosiert werden, damit es nicht zu einer „Überschüttung“ kommt, die seitens des Kindes nur unzureichend verarbeitet werden kann.</li> </ul>

<b>Praktische und seelische Verfügbarkeit der Eltern gewährleisten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Eltern eng im Konflikt mit den Großeltern stehen und sich noch nicht ausreichend abgrenzen konnten, kann dies für das Kind eine von Unsicherheit geprägte emotionale und pädagogische Atmosphäre hervorrufen.</li> <li>• Wichtig wäre diesbezüglich eine Klärung der Verantwortungsverteilung innerhalb der drei Generationen, die zu einer Eindeutigkeit in den Beziehungen führt und somit ein Sicherheitsgefühl für das Kind herstellt.</li> </ul>
--	---

Quelle: In Anlehnung an Hüther & Bonney (2011, 90 ff.).

Die eben angeführte psychoanalytische Sichtweise der ADHS Problematik sowie die damit einhergehenden präventiven Maßnahmen verdeutlichen die Komplexität dieser Störung. Der gängige multimodale Ansatz vermag es sicherlich, teils auch sehr erfolgreich, die Symptomatik zumindest temporär einzudämmen. Jedoch zielt dieser Ansatz offenkundig nicht auf die eigentlichen Bedingungsgefüge ab bzw. hat eine präventive Wirkung. Ahrbeck (2009) äußert sich hierzu ebenfalls kritisch und plädiert für einen erweiterten Blick, der sich von der reinen „Reparatur“ eines Defizits entfernt und den Fokus vermehrt auf die konflikthafte Innenwelt des Kindes richten sollte. Hierzu, so Ahrbeck, seien zeitgemäße Theorien sowie daran ausgerichtete Forschungsstrategien und -methoden notwendig (Ahrbeck, 2009, 366).

Im folgenden Punkt werden, unter anderem, daran anlehnend Forschungsprojekte vorgestellt, die in diese Richtung gehen und die eben genannten Standpunkte untermauern. Weiterhin erfolgt die kurze Darstellung einiger Studien, die sich explizit mit ADHS und der familiären sowie der Geschwisterdynamik befassen.

#### **4.8 Forschungsprojekte zum Thema ADHS und Familie**

Im Rahmen der folgenden Ausführung werden Forschungsprojekte dargestellt, die eine psychoanalytische Herangehensweise und die damit in Verbindung stehenden Maßnahmen rechtfertigen sowie eine medikamentöse Therapie kritisch beäugen. Weiterhin liefern Studien Belege dafür, dass die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung nicht ausschließlich zu einer ungünstigen Entwicklung des

betroffenen Kindes beitragen kann, sondern sich ebenfalls Konsequenzen für die psychosoziale Situation der gesamten Familie ableiten lassen (Schilling et al., 2006).

Der nun angeführte Punkt stellt zudem Studien und Forschungsprojekte dar, die sich insbesondere mit den Auswirkungen der ADHS Symptomatik auf die Familiensituation und die Geschwisterbeziehung befassen. Weiterhin lassen sie deutlich werden, dass familiäre Beziehungen einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Entwicklung und den Schweregrad der Symptomatik haben, was wiederum die psychodynamische Sichtweise und deren Erklärungsansätze zur Entstehung der Störung unterstützt.

Eine hohe Relevanz bekommt dieser Punkt, indem er aufzeigt, dass diesbezüglich noch ein hoher Forschungsbedarf existiert, was wiederum den Mehrwert dieser Arbeit verdeutlicht, indem sie beabsichtigt, eine offensichtlich vorhandene Forschungslücke zu schließen.

#### **4.8.1 Frankfurter Präventionsstudie**

Im Fokus der Frankfurter Präventionsstudie stand die Prüfung der Fragestellung, ob und inwieweit anhand eines zweijährigen, psychoanalytisch begründeten Präventions- und Interventionsprogrammes die Anzahl der Kinder mit ADHS sowie weiteren psychosozialen Integrationsstörungen innerhalb des ersten Schuljahres statistisch signifikant zu senken ist (Leuzinger-Bohleber et al., 2006, 239).

Ausgangslage war unter anderem die Tatsache, dass in Deutschland geschätzt 150.000 Kindergarten- und Grundschulkindern mit einer diagnostizierten ADHS regelmäßig Psychostimulanzen wie Ritalin® verabreicht werden. Dies geschieht oftmals, ohne dass eine angemessene kinderpsychiatrische oder kinderärztliche Abklärung stattfindet. Zudem veranlasste ein enormer Anstieg der Medikamentenvergabe (Zuwachs um das 270-fache in den letzten 10 Jahren) zum Nachdenken.

Im Rahmen der Studie wurde deutlich, dass hinter der Diagnose „ADHS“ unterschiedlichste Bedingungsgefüge und Schicksale verborgen sind, wie beispielsweise hirnorganische Probleme, emotionale Frühverwahrlosungen, erlittene Traumatisierungen der Kinder oder ihrer Eltern etc.. Die Einnahme von Stimulanzen wie Ritalin® bewirkt, dass die heterogenen Ursachen der Störung nicht weiter in den Fokus genommen und dementsprechend eine psychotherapeutische Behandlung im

angemessenen Sinne ausbleibt. Weiterhin sind die möglichen Spätfolgen einer Pharmakotherapie, neben den bereits geläufigen Nebenwirkungen (Appetitlosigkeit, Schlafstörung etc.) bis heute nahezu kaum erforscht. Hüther und Bonney (2011) beispielsweise warnen vor möglichen Langzeitfolgen des frühen chemischen Eingriffs in der Hirnentwicklung. Zudem ist, so Leuzinger-Bohleber et al. (2006), das Risiko einer psychischen „Nebenwirkung“ besorgniserregend. Diese Bedenken ergeben sich aus der Situation, dass Kinder, die die ständige Erfahrung machen, für ihre Umwelt allein durch ein Medikament erträglich zu sein, kombiniert mit den ohnehin geringen Befähigungen der Selbstregulation, eine weitere systematische Schwächung erfahren.

Im Jahre 2004 wurde die Durchführung des Präventions- und Interventionsprogramms in 14 Kindertagesstätten begonnen. Die Auswahl derer unterlag dem Zufall. Das Programm beinhaltete diverse Bausteine. Dazu zählen sowohl vierzehntägig stattfindende Supervisionen durch erfahrene Supervisorinnen und Supervisoren, wöchentliche psychoanalytisch-pädagogische Angebote durch MitarbeiterInnen der Studie, intensive Elternarbeit als auch psychoanalytische Einzeltherapien für Kinder mit Therapiebedarf. Des Weiteren kam es in allen Kindertagesstätten zu der Durchführung des Gewaltpräventionsprogramms „FAUSTLOS“. Bestand die Notwendigkeit, kam es weiterhin zu einer Zusammenarbeit mit dem Sozial- und Jugendamt sowie der Waisenhausstiftung.

Anhand eines Gruppenvergleichs konnte die Hypothese bestätigt werden, dass es zu einer statistisch gesehenen signifikanten Abnahme der Aggressivität (gemessen mit der Unterskala: Sowohl „Aggressivität“ als auch „Ängstlichkeit“ (definiert nach dem Döpfner Fragebogen, VBV)) bei den Kindern der Interventionsgruppe kommt. Überraschenderweise war im Gegenzug bei der Dimension „Hyperaktivität“ lediglich ein statistisch signifikanter Rückgang bei den Mädchen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu verzeichnen.

Die Resultate der Studie sind dahingehend eindrucksvoll, da es keine Labor- sondern eine Feldstudie ist und somit mit zahlreichen intervenierenden Variablen gerechnet werden kann. Trotz alledem ist der statistische Nachweis möglich, dass sich die Kinder der Interventionsgruppe in Bezug auf ihr aggressives, ängstliches und (bei Mädchen) „hyperaktives“ Verhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant unterscheiden. Dies wiederum verdeutlicht, dass ein nicht-medikamentöses, psychoanalytisch-

pädagogisches Präventionsprogramm zur Verbesserung der sozialen Integration führen kann.

Von nennenswerter Bedeutung ist zudem, dass keines der 390 Kindergartenkinder in der Interventionsgruppe Psychostimulanzien einnahm. Dies lässt auf einen sorgfältigen Umgang mit der Verschreibung an Vorschulkindern der Frankfurter Kinderärzte schließen. Wenngleich in Deutschland die Behandlung von Kindern unter 6 Jahren mit Amphetaminen wie Ritalin® nicht zulässig ist, werden laut Beobachtungen in manchen Regionen immer jüngere Kinder mit aggressiven und hyperaktiven Problemen medikamentös behandelt. Dies geschieht vielfach ohne die notwendige, explizite medizinische und psychologische Abklärung.

Ein zusätzliches von Relevanz geprägtes Ergebnis der Studie ist, dass sich bis auf eines, alle Teams im Sommer 2006 die Fortführung der psychoanalytischen Supervisionen wünschten und die meisten ebenfalls eine Fortführung der einmal wöchentlich stattfindenden psychologischen Unterstützung in den Kindertagesstätten (Leuzinger-Bohleber et al., 2006).

#### **4.8.2 Forschungsprojekt: „Mit Ritalin® leben. Zum Selbstbild von Jungen mit ADHS“**

Im Rahmen des sozialwissenschaftlichen Forschungsprojektes geben 60 Jungen im Alter von 7 bis 14 Jahren darüber Auskunft, wie sie es in Familie und Schule selbst erleben, als ADHS-Kind diagnostiziert worden zu sein und täglich Ritalin® oder ein vergleichbares Psychopharmakon nehmen zu müssen.

Die im Anschluss vorgenommene Analyse der Interviews zeigt auf, dass die Kinder der Medikamenteneinnahme überwiegend positiv gegenüber stehen. Als eine Erklärung für dieses Phänomen wird genannt, die positiven Repräsentanzen der Medikamente seien als Resultat eines Anpassungsprozess zu verstehen, innerhalb dessen die Kinder mögliche eigene Skepsis und Ablehnung zugunsten von Nutzenerwartungen hinten angestellt haben (Haubl & Liebsch, 2010, 204 f.). Hierzu differenzieren die Autoren zwischen drei Typen:



1. Das Medikament als Mittel sozialer Befriedigung, weil dadurch ihre Beziehungen zu signifikanten Bezugspersonen entspannter werden.
  2. Das Medikament als Mittel freiwilliger Selbstkontrolle, da ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten erweitert werden.
  3. Das Medikament als Mittel der (schulischen) Leistungssteigerung beziehungsweise allgemein: als Mittel der Selbststeigerung.
- (Haubl & Liebsch, 2010, 205).

Jedoch, wenn auch gemindert, zeigten die Aussagen der Jungen in den Interviews ebenfalls negative Repräsentanzen der Medikamente auf, die sich ebenfalls typisieren ließen:

1. Das Medikament als Mittel gewaltsamer Unterwerfung.
  2. Das Medikament als Mittel schmerzlicher Abhängigkeit.
  3. Das Medikament als Mittel der Selbstentfremdung.
- (ebd., 2010, 206).

Das Umschlagen einer negativen Repräsentation der Medikation in eine positive kann jedoch erfolgen bzw. erscheint als sinnvoll, wenn eine Bewältigung von Ängsten, die einer negativen Einstellung zugrunde liegen, gelungen ist (ebd., 2010, 206).

Der in der Studie offenkundig gewordene Zusammenhang zwischen positiven Repräsentanzen zugunsten von Nutzungserwartungen lässt Rückschlüsse auf die Entwicklung des Selbstkonzeptes dieser Kinder zu. Wird davon ausgegangen, dass diese Kinder sich ausschließlich unter der Einnahme von Psychostimulanzien als selbstwirksam in Bezug auf Schule und soziale Beziehungen erleben, besteht möglicherweise die Gefahr, dass positive Erlebnisse beim Kind nicht als Produkt eigenen Könnens und Handelns bewertet werden, sondern alleinig den Medikamenten und deren Wirkung zugesprochen werden. Somit gilt es sicherlich als erforderlich, sich dieser Gefahr bewusst zu sein, so dass es dem Kind gelingt, Geleistetes sich selbst und nicht bloß den Tabletten zuzuschreiben.

#### **4.8.3 Studie: „Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS“**

Die nun angeführte Pilotstudie besitzt die Fragestellung, ob ein Unterschied in Bezug auf die Lebensqualität der Eltern von Kindern mit ADHS und der Eltern gesunder Kinder vorliegt. Zudem wurde untersucht, in welcher Form eine Verbindung zwischen dem Ausprägungsgrad des hyperkinetischen Verhaltens des ADHS Kindes sowie der elterlichen Lebensqualität und der psychosozialen Anpassung des gesunden Geschwisters besteht. Hierzu beurteilten 48 Elternteile sowohl das Ausmaß hyperkinetischen Verhaltens der gesunden Geschwister als auch ihre eigene Lebensqualität. Zudem sollten die Eltern mit einem an ADHS erkrankten Kind den Ausprägungsgrad des hyperkinetischen Verhaltens des Kindes sowie die psychischen Auffälligkeiten der gesunden Geschwister beurteilen. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass das psychische Wohlbefinden, nicht jedoch das physische, der Eltern eines Kindes mit ADHS im Vergleich zur Kontrollgruppe Beeinträchtigungen aufweist. Weiterhin wurde im Rahmen der Untersuchung ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des hyperkinetischen Verhaltens der Kinder und Jugendlichen mit ADHS und einem sozialen Rückzug, depressiven- und Angstsymptomen als auch Aufmerksamkeitsproblemen der gesunden Geschwister ersichtlich (Schilling et al., 2006). Die Ergebnisse der Studie, so Schilling et al. (2006), „unterstreichen die Forderung nach familienorientierten Interventionsmaßnahmen in der Behandlung von ADHS, die die psychosoziale Anpassung aller Familienmitglieder berücksichtigen“ (Schilling et al., 2006, 293).

Die Autoren gehen davon aus, dass bei Familien mit einem ADHS Kind eine gewisse Stigmatisierung erfolgt, da die Diagnose immer noch einer beachtlichen Diskussion in der Öffentlichkeit unterliegt. Dies stelle eine hohe Belastung für die Familie dar und wirke sich ebenfalls auf die psychosoziale Anpassung der gesunden Geschwister aus. Die Befunde der Studie unterstreichen weiterhin, dass der Ausprägungsgrad des hyperkinetischen Verhaltens der ADHS-Kinder und Jugendlichen im Zusammenhang mit verstärkten Problemen der gesunden Geschwister, insbesondere im internalisierenden Bereich, steht (ebd., 2006, 298).

#### **4.8.4 Weitere Studien zum Thema „Geschwisterbeziehungen bei Kindern mit ADHS“**

Eine Vielzahl von Untersuchungen belegen, dass Kinder mit einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung signifikant mehr Probleme in Bezug auf soziale Beziehungen haben. Hierzu zählen die Erkenntnisse, dass Eltern von einem ADHS Kind ein höheres Stressempfinden aufweisen und ihnen, aufgrund des negativen Verhaltens, weniger Wärme und Zuneigung entgegenbringen können sowie stärker im Konflikt stehen als Eltern von Kindern ohne ADHS (z. B. Pelham et al., 1997; Mash & Johnston 1983; Pfiffner et al. 2005 & Schilling et al., 2006). Weiterhin wurde untersucht und belegt, dass Kinder mit dieser Symptomatik größere Schwierigkeiten haben Freundschaften zu schließen und erhöhte Peerkonflikte aufweisen (z. B. Nixon, 2001; Stormont, 2001; Blachman & Hinshaw, 2002).

Jedoch wurde bislang wenig Fokus auf die Geschwisterbeziehung bei Kindern mit ADHS gelegt, obgleich offensichtlich ist, dass gerade diese Beziehung für die kindliche Entwicklung einer extrem großen Bedeutung obliegt (siehe auch Kapitel 2). Eine eher geringe Anzahl von Forschungsvorhaben, primär aus dem anglo-amerikanischen Raum, kommt jedoch zu der Erkenntnis, dass die Geschwisterbeziehung bei Kindern mit ADHS, die Entwicklung beider in wichtiger Weise beeinflusst (z. B. Kendall, 1999; Mikami & Pfiffner, 2008). Im Folgenden werden hierzu Studien angeführt, die als Beleg dienen.

Mash & Johnston (1983) berichteten, dass hyperaktive Jungen im Rahmen von Beobachtungen ein signifikant höheres Level negativer Verhaltensweisen (kodiert als Wut, Ablehnung, Entmutigung oder Verweigerung) im dyadischen Spiel mit ihren Geschwistern zeigen als Jungen ohne ADHS. Andere Variablen geschwisterlicher Beziehungen, wie Wärme und positiv gewertete Interaktionen, konnten nicht beurteilt werden.

Kendall (1999) führte 11 qualitative Interviews mit Kindern, deren Bruder eine ADHS Diagnose besitzt. Seinen Auswertungen zur Folge, beschrieben die Geschwisterkinder die Beziehung zu ihrem Bruder übereinstimmend als „chaotisch, konfliktreich und anstrengend“. Weiterhin bewerteten die Geschwister das Verhältnis zu ihrem Bruder als sehr negativ und von großer Aggression geprägt.

Greene und Kollegen (2001) untersuchten im Rahmen einer breit angelegten Studie mit 267 Kindern (Jungen und Mädchen) mit ADHS und 234 Kontrollkinder familiäre Beziehungsmuster. Lediglich ein Messinstrument nahm hierbei Bezug auf die Geschwisterbeziehung. Der durchgeführte Elternreport über "Probleme mit Geschwistern" anhand des „the Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents“ (SAICA: John et al., 1987) kam zu dem Ergebnis, dass Eltern die Beziehung der Geschwister signifikant schlechter einschätzten als die der Kontrollgruppe.

Smith et al. (2002) untersuchten anhand vorläufiger Daten die Beziehung zwischen Müttern, ihren Söhnen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und deren jüngeren Geschwistern. Es wurde vermutet, dass sich der Konflikt zwischen Mutter und Sohn mit ADHS ebenfalls in der Geschwisterbeziehung zeigt.

Signifikante Assoziationen wurden unter ADHS-Verhaltensweisen, Familienkonfliktvariablen, Konflikt in der Beziehung zwischen Mutter und Kind mit ADHS, Konflikt in der Beziehung zwischen Mutter und jüngeren Geschwistern und Konflikte in der Beziehung zwischen dem Kind mit ADHS und den jüngeren Geschwistern gefunden. Weiterhin kam es zu signifikanten Zusammenhängen zwischen Verhaltenssymptomen, die mit einer ADHS assoziiert werden sowie problematischer Familienbeziehungen. Von besonderem Interesse war die Feststellung einer unerwarteten inversen Assoziation zwischen der Peer-Kompetenz der Geschwister und des Mutter-ADHS-Konflikts. Genauer gesagt, führen, laut Lehrerurteil, ADHS bedingt auftretende Konflikte Zuhause zu einem größeren Varianzanteil in der Peer-Kompetenz. Zudem wurde angenommen, dass die psychosoziale Anpassung der Geschwisterkinder im schulischen Bereich sowie in Bezug auf soziale Kontakte signifikant höher im Vergleich zu Brüdern und Schwestern ohne ein ADHS-Geschwisterkind ausfiel. Als mögliche Erklärung hierfür wurde angegeben, das gesunde Geschwisterkind habe möglicherweise im familiären Rahmen sinnvolle Copingstrategien und Verantwortungsbewusstsein erwerben können, die eine bessere außerfamiliäre Anpassung möglich machen. Weiterhin wurden Empfehlungen für die zukünftige Forschung gegeben, die größere Proben, alternative Designs, ältere Geschwister und Väter beinhalten.

Mikami & Pfiffner (2008) verfolgten in ihrer Studie das Ziel, die Qualität von Geschwisterbeziehungen bei Kindern mit ADHS in Relation zu Kindern ohne ADHS zu erforschen. Weitere Analysen untersuchten, ob eher internale oder externale

komorbide Probleme die geschwisterliche Beziehung beeinflussen. Es nahmen insgesamt 77 Kinder mit ADHS sowie 14 Kinder ohne Symptome als Kontrollgruppe an der Studie teil. Die Geschwisterbeziehung wurde anhand von drei Informanten beurteilt (Befragung der Mutter, eigene Befragung, Befragung der Geschwister). Eine Analyse der Antworten ließ erkennen, dass Kinder mit ADHS, im Vergleich zur Kontrollgruppe, erhöhte Konflikte im Rahmen der Geschwisterbeziehungen aufwiesen. Komorbide externale Probleme wurden assoziiert mit weniger Wärme/Nähe und standen im Zusammenhang mit erhöhten Konflikten in der Geschwisterbeziehung. Komorbide internalisierende Probleme wurden ebenfalls mit weniger Wärme und Nähe in Verbindung gebracht. Dies zeigte, dass Kinder mit ADHS eine problematischere Geschwisterbeziehung aufweisen als Kinder ohne diese Symptomatik. Als eine Schlussfolgerung wird empfohlen, dass Geschwisterbeziehungen im Rahmen von Theorien sozialer Beeinträchtigungen bei ADHS mit einfließen sollten (Mikami & Pfiffner, 2008).

#### **4.9 Zusammenfassung**

Im Rahmen dieses Kapitels fand die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingehende Erläuterung. Es wurde ein Einblick in die Entstehungsgeschichte gegeben, die offenkundig macht, dass die Symptome bereits seit Jahrhunderten existieren und seitdem unterschiedlichste Begriffe und Erklärungen Verwendung fanden. Nachdem Mitte der 80er Jahre festgelegt wurde, die von der Norm abweichenden Ausprägungen bestimmter Verhaltensweisen bei Kindern als eine spezifische Erkrankung zu bezeichnen, die mit Hilfe standardisierter Verfahren diagnostiziert werden sollen, entstand ein bis heute gültiger „Mainstream“ (vgl. Kapitel 4.1). Dieser geht weiterhin von einer genetisch bedingten Stoffwechselstörung im Gehirn aus, die mithilfe von Medikamenten, wie Ritalin®, behoben werden kann. Die hierfür gültigen Klassifikationssysteme DSM-V und ICD-10 sind für eine Diagnose maßgebend und es kam zu einem enormen Zuwachs der Diagnostizierung dieser Erkrankung in den letzten Jahrzehnten (vgl. Kapitel 4.3). Als gängige Maßnahme im Rahmen der ADHS-Therapie haben sich multimodale Interventionen durchgesetzt. Diese liefern eine Kombination aus Psychoedukation, Stimulanzengabe und

Verhaltenstherapie (vgl. Kapitel 4.7.3). Kritiker dieser, als „ultima ratio“ angesehenen Maßnahme äußern jedoch, dass diese dem Kind und den eigentlichen Ursachen des Verhaltens keinesfalls gerecht wird. Sie plädieren dafür, Umwelteinflüsse verstärkt in den Fokus zu nehmen, die ursächlich für eine solche Symptomatik sein können, statt die reinen Symptome zu behandeln. Es müsse, so kontroverse Meinungen, die seelische Notlage, in der sich die Kinder offensichtlich befinden, erkannt und diesbezüglich interveniert werden (vgl. Kapitel 4.6.4 & 4.7.4). Forschungen belegen (vgl. z. B. Frankfurter Präventionsstudie), dass insbesondere psychoanalytisch orientierte Verfahren erfolgreich verliefen und ebenfalls die Prävention dieser Störung eine wichtige Komponente darstellt. Vor allem jüngste Erkenntnisse aus der Hirnforschung lassen bisherige Verursachungstheorien in Frage stellen. Demnach ist die Hirnentwicklung im Wesentlichen abhängig von frühen Bindungs- und Erziehungserfahrungen, was einer rein genetischen Ätiologie widerspricht. Zudem, so die Kritiker, müssen sowohl der kulturelle als auch der gesellschaftliche Wandel verstärkt in den Fokus geraten. Lebensverhältnisse haben sich beschleunigt und fordern einen schnellen Anpassungsprozess aller Menschen, der oftmals mit Verlust von sicherem Halt verbunden sein kann. Diese Erfahrungen machen bereits Kinder, sei es durch die Eltern übertragen oder eigenständig. Die gesellschaftlichen Erwartungen sind gestiegen und somit auch der Druck zu „funktionieren“ (vgl. Kapitel 4.7.4).

Zudem belegen zahlreiche Forschungen, dass die familiäre Dynamik und Beziehung bei einem Kind mit ADHS nicht außer Acht zu lassen ist bzw. stark beeinflusst wird. Die Rede ist von signifikant höheren Konflikten auf der Eltern-Kind-Ebene und ebenfalls im Rahmen geschwisterlicher Beziehungen (vgl. Kapitel 4.8). Letzteres erhielt jedoch bislang eher zurückhaltende Beachtung.

In Bezug auf die sich anschließende Studie zeigt sich relevant, dass trotz der im 2. Kapitel dieser Arbeit dargelegten Ausführungen, die den großen Einfluss von Geschwisterbeziehungen auf die kindliche Entwicklung aufzeigen, die bisherige Forschungslage auf dem Gebiet äußerst rar ist. Wohlgleich davon auszugehen und anhand weniger Studien bereits belegt ist, dass sich die geschwisterliche Beziehung bei einem Kind mit ADHS besonders und oftmals konfliktreich darstellt (vgl. Kapitel 4.8.4). ADHS ist als „Krankheit“ definiert und gilt demzufolge, wenn es ein Kind betrifft, auch als ein nicht-normatives Lebensereignis, das in der Regel Auswirkungen auf die

Familienbeziehung in unterschiedlicher Form und Ausprägung besitzt. Somit wird die Notwendigkeit zusätzlicher, familienorientierter Forschungsbemühungen deutlich, da die Verhaltensprobleme keinesfalls losgelöst von Beziehungserfahrungen gesehen werden sollen, sondern oftmals in einem Zusammenspiel von Kind und Umwelt ihre Ursache finden (vgl. Kapitel 4.8.3).

## 5. Qualitative Untersuchung

Im Fokus des folgenden Kapitels steht die Darstellung der qualitativen Untersuchung. Beginnend wird ein Einblick in die qualitative Forschung unter Einbezug der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Studie gegeben. Weiterhin wird Bezug auf die besondere Situation beim Forschen mit Kindern genommen. Hierbei erfolgt zunächst die Illustration der kindlichen Perspektive, gefolgt von der Nennung spezifischer Probleme und Herausforderungen beim Forschen mit Kindern. Letzter Bestandteil des Kapitels ist die ausführliche Veranschaulichung der gewählten Methodik der Datenerhebung und -erfassung.

### 5.1 Qualitative Forschung im Überblick

Qualitative Forschung erhebt den Anspruch der Deskription der Lebenswelten aus der Perspektive des handelnden Menschen von „innen heraus“. Ziel dabei ist, ein besseres Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) zu generieren und die Aufmerksamkeit auf „Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale“ zu legen. Diese sind Außenstehenden nicht zugänglich und sind den Befragten selber, durch eine Gefangenheit im Alltag, oft nicht bewusst. Qualitative Forschung bedeutet nicht das einfache Abbilden einer Wirklichkeit, sondern sie macht sich das „Fremde oder von der Norm Abweichende und das Unerwartete als Erkenntnisquelle und Spiegel“ zunutze, „der in seiner Reflexion das Unbekannte im Bekannten und Bekanntes im Unbekannten als Differenz wahrnehmbar macht und damit erweiterte Möglichkeiten von (Selbst-) Erkenntnis eröffnet“ (Flick et al., 2015, 14).

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung steht die qualitative Forschung den Zugangsweisen der untersuchten Phänomene in der Regel offener gegenüber und befindet sich daher „näher dran“. Beispielsweise im Rahmen der Antworten eines Leitfadeninterviews wird vielfach ein genaueres und anschaulicheres Bild der Perspektive der Befragten erzeugt, z. B. was es heißt mit einem ADHS-Geschwisterkind zusammenzuleben. Bei einer standardisierten Befragung wäre dies in der Form nicht möglich. Insbesondere in Anbetracht der sich wandelnden Lebensformen, d. h. dem Auflösen alter, gefestigter sozialer Lebensstile, sind Forschungsstrategien wichtig, die



die subjektiven Sichtweisen und Konstruktionen der Akteure berücksichtigen (Flick et al., 2015, 17).

Qualitative Forschung versteht sich als Oberbegriff für eine Auswahl von Forschungsansätzen. Diese unterscheiden sich aufgrund ihrer theoretischen Annahmen, ihrem Verständnis des Gegenstandes sowie ihrem methodischen Fokus. Zusammenfassend lassen sich jedoch laut Flick et al. (2015) drei Hauptlinien nennen:

1. Symbolischer Interaktionismus und Phänomenologie (subjektive Bedeutungen und individuelle Sinnzuschreibungen sind relevant)
2. Ethnomethodologie und Konstruktivismus (Interesse an Alltagsroutinen und der Herstellung sozialer Wirklichkeit)
3. Psychoanalyse und Strukturalismus (gehen von latent sozialen Konfigurationen und unbewussten psychischen Strukturen und Mechanismen aus)

Trotz der bestehenden Heterogenität der Ansätze, existieren diverse Grundannahmen, die alle gemein haben und ebenfalls der vorliegenden Studie zugrunde liegen:

- Soziale Wirklichkeit als Ergebnis gemeinsamer Herstellung und Zuschreibung von Bedeutungen.
  - Prozesscharakter und Reflexivität sozialer Wirklichkeit resultierend aus der Annahme einer beständigen und alltäglichen Herstellung einer gemeinsamen Welt.
  - „Objektive“ Lebensbedingungen werden durch subjektive Bedeutungen für die Lebenswelt relevant und interpretierbar.
  - Der kommunikative Charakter sozialer Wirklichkeit ist das Ergebnis der Rekonstruktion der sozialen Konstruktion der Wirklichkeit und wird zum Ansatzpunkt der Forschung.
- (ebd., 2015, 18).

Die im Rahmen der Dissertation durchgeführte Untersuchung besitzt keinen repräsentativen bzw. verallgemeinernden Anspruch, sondern ist als explorative Studie zu werten. Ziel ist es, aus den gewonnenen Erkenntnissen mögliche Konsequenzen für die pädagogische und therapeutische Praxis abzuleiten und einen Ansatzpunkt für weitere Forschungsbemühungen zu schaffen.

In Anlehnung an Steinke (2015) ist es, im Gegensatz zur quantitativen Forschung, nicht realisierbar für qualitative Forschung einen Anspruch auf intersubjektive Überprüfbarkeit zu erheben. Dies begründet die Autorin damit, dass aufgrund der begrenzten Standardisierbarkeit des Vorgehens in der qualitativen Forschung eine identische Replikation der Untersuchung nicht möglich sei. Demzufolge werde in der qualitativen Forschung von intersubjektiver Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses gesprochen, die mittels drei Wegen erfolgen könne (Steinke, 2015):

1. Dokumentation des Forschungsprozesses (dient der Möglichkeit, die Untersuchung für Außenstehende Schritt für Schritt nachvollziehen und die Ergebnisse bewerten zu können, s. Kapitel 5.3 & 5.4)
2. Interpretation in Gruppen (diesbezüglich fand im Rahmen der Studie ein intensiver Austausch mit erfahrenen Psychologinnen und Pädagoginnen über die Interpretation der Ergebnisse statt).
3. Anwendung kodifizierter Verfahren (Anwendung einer speziellen Analysetechnik zur systematischen Erfassung und Strukturierung der Ergebnisse). In dieser Forschung erfolgte die Auswertung der Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (s. Punkt 5.3.5), wodurch die einzelnen Interpretationsschritte intersubjektiv nachvollziehbar wurden. (Steinke, 2015, 324 ff.).

Die Studie erfüllte somit alle geforderten Kriterien (nach Steinke, 2015) und wurde daher dem Anspruch der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gerecht.

Der sich nun anschließende Punkt liefert einen Überblick zu den qualitativen Methoden in der Kindheitsforschung.

## **5.2 Qualitative Methoden in der Kindheitsforschung**

Heinzel (2012) beschäftigte sich eingehend mit den Methoden in der Kindheitsforschung. Sie definiert, dass die qualitative Kindheitsforschung untersucht, wie Kinder in ihrem Alltag handeln und interagieren. Ziel dieser Forschung sei die Rekonstruktion der kindlichen Wirklichkeit aus deren Sichtweise. Durch eine offene

Datenerhebung und ein interpretatives Verfahren im Rahmen der Datenauswertung solle die Möglichkeit bestehen, Akteursperspektiven, Handlungsorientierungen oder Deutungsmuster von Kindern zu verzeichnen (Heinzel, 2012, 22). Kinder und Erwachsene besitzen unterschiedliche Perspektiven, worauf im folgenden Punkt noch näher eingegangen wird. Weiterhin verfügen Kinder über einen bestimmten „Eigensinn“ im Handeln, der für Erwachsene oftmals schwerlich zugänglich ist. Dies lässt schließen, dass qualitative Methoden sich besonders gut eignen, um mit Kindern zu forschen. Weiterhin beschreibt Heinzel, dass „wenn die Forschung auf die Rekonstruktion subjektiver Lebenserfahrungen von Kindern gerichtet ist und Kinder als Akteure zum Thema von Forschungsarbeiten werden, muss im Forschungsprozess Offenheit für die Sinn- und Regelsysteme der Kinder hergestellt werden, um diese in „natürlichen Situationen“ mit interpretativen Mitteln erschließen zu können“ (Heinzel, 2012, 22).

Der sich nun anschließende Punkt gibt Aufschluss über die Besonderheit der kindlichen Perspektive im Rahmen qualitativer Forschung.

### **5.2.1 Die kindliche Perspektive**

Die Erfassung der kindlichen Perspektive wird als wesentlicher Anspruch der qualitativen Kindheitsforschung benannt. Wichtig hierbei ist, den bestehenden Unterschied der Perspektiven von Erwachsenen und denen von Kindern zu honorieren. Dieser Unterschied lässt sich aus den Handlungen wiederherstellen, was eine forschungsmethodische und theoretische Herausforderung darstellt.

Mithilfe des seit dem letzten Jahrhundert veränderten gesellschaftlichen Bilds des Kindes vollzog sich ebenfalls ein Wandel in der Kindheitsforschung (Zeicher, 1996, zit. nach Fuhs, 2012, 81).

Kinder werden als nunmehr vollwertige Mitglieder der Gesellschaft und selbstständige Akteure gesehen, anstatt als unreif und entwicklungsbezogen unfertig. Ihre Sichtweisen finden Wertschätzung und sie gelten als wichtige Informanten ihrer eigenen Lebenswelt (Freeman & Mathison, 2009, 2).

Vogl (2012) beschreibt die Charakteristika des neuen Paradigmas nach James und Prout (1990) wie folgt:

Kindheit ist

- 1) ein soziales Konstrukt,
- 2) eine Variable der sozialen Analyse (wie Gender oder Ethnizität),
- 3) gekennzeichnet durch Beziehungen und eine Lebenswelt sui generis, und
- 4) Kinder sind aktive (Ko-)Konstrukteure ihres eigenen Lebens, und an dem der Menschen ihrer Umwelt und der Gesellschaft beteiligt.

(James & Prout, 1990, 8, zitiert nach Vogl, 2012, 16).

Laut Kränzl-Nagl und Wilk (2000) besteht im Zuge dessen eine neue Positionierung kindlicher Wissensbestände in der gesellschaftlichen Stellung. Kinder selbst gehören nunmehr einer „befragungswürdigen Gruppe“ an (Kränzl-Nagl & Wilk, 2000, 61).

Auch Kinder haben aus heutiger Sicht eine Stimme. D. h. sie bilden Meinungen und Urteile, beobachten und beeinflussen somit den familiären Alltag wesentlich (Scott, 1997, 332).

Aufgrund der Hervorhebung der subjektiven Perspektive der Kinder ist eine reine Beschreibung kindlicher Lebenswelten nicht mehr ausreichend. Die Ziele der Forschung gehen somit darüber hinaus (Ecarius et al., 1998, 38). Einstellungen, Werthaltungen, Ziele und Orientierungen müssen zudem Berücksichtigung finden. Diese sind dem Forscher jedoch nur eingeschränkt zugänglich, daher sind Selbstzeugnisse unumgänglich (Walper & Tippelt, 2002, 192).

„Kinder sehen ihre Umwelt mit anderen Augen als Erwachsene, und nur, wenn wir die kindliche Umwelt auch aus ihrer Sicht erfassen, wenn wir die Kinder selbst berichten und bewerten lassen, kann diese Umwelt adäquat im Hinblick auf kindliche Entwicklung und kindliches Wohlbefinden beurteilt werden. Das schließt natürlich nicht die Annahme aus, dass Bedürfnisse und Bewertungen von Kindern durch ihre Umwelt und ganz besonders durch ihre Eltern, mitgeprägt werden“ (Lang, 1985, 15 f.).

Die Kindheitsforschung steht jedoch trotz des Wandels vor weiteren Herausforderungen und Problemen, die im folgenden Punkt Beachtung finden werden.

## **5.2.2 Probleme und Herausforderungen beim Forschen mit Kindern**

Obwohl sich das oben bereits angesprochene Bild von Kindern einem Wandel unterzogen hat, existiert weiterhin eine gewisse Befangenheit gegenüber Kindern als Untersuchungsobjekte, insbesondere in Bezug auf Selbstauskünfte (Vogl, 2012, 18).

Im Folgenden werden Probleme, die auftreten können, angesprochen und mögliche Lösungen diskutiert.

### **5.2.2.1 Reliabilität und Validität**

Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Forschungsergebnisse bzw. der von Kindern gemachten Aussagen werden weiterhin kritisch diskutiert. Als Beispiel hierfür äußert Hülst (2000) diesbezüglich sein Misstrauen. Er vertritt die Ansicht, dass Kindern eine Unterscheidung zwischen Wahrheit und Fiktion nicht gelinge. Stattdessen geben sie Gefälligkeitsantworten. Zudem unterstellt er ihnen mangelndes Kontextwissen, um aktuelle Geschehnisse adäquat äußern zu können. Weiterhin merkt er an, dass kindliche Deutungen und Welterklärungen sozial konstruiert seien, d. h. sie werden lediglich kritik- und alternativlos von Erwachsenen übernommen. Es fehle ihnen ein moralisches Bewusstsein und die Logik von Kindern sei schwer bis gar nicht nachvollziehbar (Hülst, 2000, 39).

Im Rahmen einer qualitativen Studie treten die gängigen Gütekriterien wie Repräsentativität, Validität, Objektivität und Reliabilität eher in den Hintergrund. Nach Flick (2009) liegt die Konzeption dieser Kriterien stark standardisierten Erhebungssituationen zugrunde (Flick, 2009, 6). Qualitative Studien hingegen widmen sich laut Lamnek (2010) verstärkt der Feinanalyse von Prozessen statt der erforderlichen größeren Bestimmung von Gesamtverteilungen (Lamnek, 2010, 128). Auf Grund dessen begründet Vogl (2012), „sind diese Kriterien nicht oder nur in abgewandelter Form verwendbar“ (Vogl, 2012, 274; siehe hierzu auch Punkt 5.1).

### 5.2.2.2 Bedeutungsäquivalenz

Aussagen von Kindern unterschiedlicher Altersklasse und von Kindern und Erwachsenen werden vielfach eine andere Bedeutung zugeteilt. Dies kann sich im Rahmen der Forschung und insbesondere in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Daten und die Validität der Ergebnisse als problematisch erweisen. Gemeint ist hiermit inwieweit Kinder und Erwachsene mit einem Begriff tatsächlich das Gleiche meinen oder beispielsweise unter einer Frage gleiche Sachverhalte verstehen (Vogl, 2012, 19).

Mey (2001) begründet das Problem der Bedeutungsäquivalenz damit, dass sich die Forschenden in der Kindheitsforschung einer „fremden Kultur“ zuwenden. „Fremd“ nennt er diese „weil die kindliche Lebenswelt, weil kindliche Erklärungsmuster sich von denen der erwachsenen Forscher nicht nur unterscheiden, sondern sich ihren Erklärungen beinahe entziehen bzw. sich nur mühevoll dechiffrieren lassen. Forschende sind hier immer in der Gefahr, sich die Lebenswelt der Kinder ‚unerlaubterweise‘ zurechtzulegen und sich zu eigen zu machen“ (Mey, 2001, 1).

Diesem Problem muss sich der Forscher bewusst annehmen und ihm entgegenwirken. Im besten Fall erfolgt dies durch die Anwendung ‚offener Methoden‘, in dessen Rahmen die interviewte Person weitmöglich eigenständig die Datenerhebungssituation steuert. Zudem stehen standardisierte Verfahren in einem Widerspruch, worauf bei der Anwendung dieser nicht im ausreichenden Ausmaß eingegangen werden kann (Petermann & Windmann, 1993, 125 f.).

Vogl (2012) beschreibt, dass trotz der Tatsache, dass jeder Forscher einmal ein Kind war, sein Erfahrungswert im Zuge der konkreten Umsetzung einer Forschungsfrage nicht weiterhelfe. Erinnerungen seien immer Verzerrungseffekten ausgesetzt. Weiterhin habe es rückblickend auf die Kindheit des Forschers einige Veränderungen gegeben. Problematisch sei hierbei, dass diese Unterschiede vom Forscher aus der subjektiven Perspektive nicht erkannt werden. Als wichtigste Grundlage bei Kinderinterviews, nennt Vogl (2012), sei deshalb das Gelingen von ‚Empathie‘ im Forschungszugang (Vogl, 2012, 20).

### 5.2.2.3 Generationen- und Autoritätsverhältnisverhältnis

Aus den bisher genannten Schwierigkeiten ergibt sich weiterhin der Konflikt des Generationenverhältnisses. Die Differenz zwischen Kindern und Erwachsenen liegt nicht nur in der Besonderheit der sozialen und psychischen Eigenwelt, sondern außerdem in der Divergenz im Generationenverhältnis (Neumann-Braun, 2001, 92).

Fuhs (2012) erläutert, dass die Grundannahme einer bestehenden Ungleichheit zwischen Kindern und Erwachsenen für die qualitative Forschung mit Kindern hohe theoretische und methodische Relevanz hat. Es entwickle sich jedoch eine Problematik, wenn dieser nicht mit Offenheit, sondern bestehenden Vorannahmen begegnet wird. Der Autor merkt weiterhin an, dass „wenn etwa durch vielfältige Entwicklungstatsachen, die das Erinnern, Erzählen, das Fühlen und Denken umfassen, eine Voreinstellung und harte Grenze zwischen Kindern und Erwachsenen festgeschrieben wird, besteht die Gefahr, dass die Kinder defizitär beschrieben werden und Gemeinsamkeiten zwischen den Generationen im Forschungsprozess nicht mehr ‚gedacht‘ werden können. Aus einer methodischen Fremdheit wird leicht eine pädagogisch ‚gut gemeinte‘ Stigmatisierung der Kinder als ‚Noch-Nicht-Erwachsene‘“ (Fuhs, 2012, 84).

Weiterhin spiegelt sich in der Problematik des Generationenverhältnisses die Schwierigkeit des ebenfalls bestehenden ‚Autoritätsverhältnisses‘ wider. Dies ist bedingt durch das in unserer Kultur vorherrschende konventionelle Rollenverhältnis zwischen Kindern und Erwachsenen. Es kann leicht passieren, dass dieses eben beschriebene Autoritätsverhältnis Hemmungen bei den Kindern auslöst und Gefahr läuft, sozial erwünschte Antworten zu provozieren oder gar die Teilnahme reduziert (Vogl, 2012, 20).

Dem ist es möglich entgegenzuwirken, indem durch den Forscher bestimmte Methoden und Techniken Anwendung finden. Der Interviewkontext spielt ebenfalls eine wichtige Rolle, d. h. die Schaffung einer wohlfühlenden Atmosphäre trägt eine Menge dazu bei, wie Kinder sich aufgehoben fühlen, was einen wesentlichen Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Zudem ist es von großer Bedeutung und immer wieder eine herausfordernde Aufgabe, einen Ausgleich zu schaffen zwischen dem Wunsch des Interviewers „nach Sicherheit im Handeln gegenüber Kindern durch professionelles, gesichertes Expertenwissen und der Notwendigkeit, im qualitativen Forschungsprozess

Unsicherheiten, Offenheiten und Nicht-Wissen als Grundlage forschenden Denkens und Handelns zuzulassen(...)“ (Fuhs, 2012, 84).

Delfos (2012) hat eine Checkliste in Anlehnung an Jennings (1982) angeführt, die eine Liste mit Punkten beinhaltet, die im Rahmen von Kinderinterviews Beachtung finden sollen. Diese wird im Folgenden zitiert.

**A. Vorbereitung:**

1. Mir selbst die Ziele des Interviews verdeutlichen und klären (Forschungsfragen).
2. Mir über meine Haltung hinsichtlich dieses Interviews klar sein und entscheiden, wie ich damit umgehen will.
3. Frageliste/Liste der zu beachtenden Punkte gut kennen.

**B. Einführung:**

4. Mich selbst klar als Person und Sachverständige(n) vorstellen;
5. Ziele des Interviews verdeutlichen;
6. Verwendung der Daten/Informationen deutlich erklären;
7. Klarmachen, um welche Art von Interview es sich handelt: Informationen bekommen;
8. Erklären, wie vertraulich die Information behandelt wird;
9. Dauer des Interviews/Art der Aufzeichnung mitteilen, eventuell Fortsetzung des Interviews;
10. a) Das Kind zur Äußerung ermutigen, wie motiviert es für das Interview ist (positiv/negativ),  
b) Das Kind dazu ermutigen, eventuelle Angst oder Besorgnis anzugeben;
11. a) Reagieren auf angegebene Motivation;  
b) Reagieren auf angegebene Angst/Besorgnis;
12. Mitteilen, was ich hinsichtlich der verbalen Teilnahme erwarte.



**C. Sozial-emotionale und aufgabenorientierte Gesprächsführung:**

13. a) Menge der Information, die das Kind beisteuert, bestätigen;
- b) Inhalte/Themen, die das Kind ins Spiel bringt, bestätigen;
- c) Relevanz/Deutlichkeit dessen, was das Kind sagt, angeben;
- d) Fortschritt des Interviews benennen;
- e) emotionale/kognitive Mitteilungen des Kindes bestätigen;
- f) ehrlichen/ernsthaften Umgang mit den Antworten bestätigen.

**D. Zusätzliche Techniken:**

14. a) Unterschiedliche Stile handhaben (autoritär, verständnisvoll und Ähnliches);
- b) Spielen/Charakterisieren einer spezifischen Rolle;
- c) Humor einbringen.

**E. Zusätzlich zu beachtende Punkte:**

15. Eigene gewählte/gewünschte Haltung (wie direktiv/aktiv u.Ä.) handhaben;
16. Reagieren auf provokatives Verhalten des Kindes;
17. Kind vor unrealistischen Hilfserwartungen schützen;
18. für ausreichende Ruhe sorgen;
19. etwas über sich selbst mitteilen (Vergangenheit/Gegenwart/Zukunft);
20. Verhältnis von Verhalten, emotionalen und kognitiven Mitteilungen analysieren.

**F. Eigenes Verhalten/Haltung:**

21. Eigene (negative) Emotionen während eines Interviews erkennen und sie berücksichtigen;
22. Eigene emotionale Reaktionen auf das Kind erkennen und eventuell verwenden;
23. Verlauf des Interviews weitgehend im Auge behalten;
24. Qualität der gesammelten Informationen während des Interviews im Auge behalten.

(Delfos, 2012, 188 ff.).

Die eben angeführten Punkte eignen sich insbesondere als Richtlinie und deren Verinnerlichung dient einer guten Vorbereitung sowie Durchführung der Interviews mit Kindern und Jugendlichen.

### **5.3 Methodik der Datenerhebung und -erfassung**

Hauptfokus dieses Abschnitts ist das Näherbringen der gewählten Methodik zur Datenerhebung und -erfassung. Begonnen wird mit der Erläuterung der Charakteristika eines Leitfadeninterviews allgemein, woran sich die Darstellung und Beschreibung des verwendeten Leitfadens im Rahmen der Studie anschließt. Weiterhin erfolgen die Darbietung der Stichprobe der qualitativen Untersuchung sowie der Zugang zum Untersuchungsfeld. Im Anschluss daran wird der vorab ausgehändigte Statistikbogen angeführt und die daraus gewonnen Daten in Form einer Abbildung dargestellt und erläutert. Daran anknüpfend wird die Interviewsituation als auch das genutzte Aufnahmegerät erläutert sowie die Transkription und die verwendeten Regeln dieser dargelegt.

#### **5.3.1 Das Leitfadeninterview**

Das Leitfadeninterview ist eine teilstandardisierte Form des Interviews. Ziel ist es, die Thematik des Interviews durch bereits vorbereitete Themenkomplexe einzugrenzen. Diese werden vorab erarbeitet und ggf. noch mit Fragen ergänzt. Die Form der Strukturierung dient in erster Linie der besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Rahmen der Auswertung (Friebertshäuser, 2003, 375).

Wie eben genannt, beinhaltet ein Leitfaden Fragen, die das Ansprechen bestimmter Themenbereiche sicherstellen. Jedoch sind diese in ihrer Formulierung so offen, dass das Nutzen narrativer Potenziale des Informanten gegeben ist. Aufgrund dessen ist es wichtig, dass der Leitfaden nicht zu ausführlich gestaltet wird.

Der vorhandene Leitfaden stellt somit sicher, dass durch das Ansprechen interessierender Bereiche eine Vergleichbarkeit mit anderen Interviews, denen der gleiche Leitfaden zugrunde lag, gegeben ist. Voraussetzung für die Entwicklung eines Leitfadens ist ausführliches Wissen im Objektbereich, da die Leitfragen vielfach Bezug

auf vorher als relevant ermittelte Themenkomplexe nehmen. Der Leitfaden wird größtenteils flexibel gehandhabt, d. h. er folgt nicht dem Prinzip eines standardisierten Ablaufschemas. Dies geschieht mit dem Zweck, dem Interviewten die Möglichkeit einer unerwarteten Themendimensionierung offen zu lassen. Grundsätzlich besitzt der Leitfaden in erster Linie die Rolle sowohl einer Gedächtnisstütze als auch eines Orientierungsrahmens in der allgemeinen Sondierung (Marotzki, 2003).

Im Folgenden wird der Interviewleitfaden vorgestellt.

### 5.3.2 Der Interviewleitfaden der Studie

Die Themen bzw. Kategorien des angeführten Interviewleitfadens wurden in Anlehnung an Forschungsfragen sowie den theoretischen Vorannahmen deduktiv erarbeitet. Hierbei handelt es sich primär um empirisch wenig gehaltvolle Alltagskategorien. Sie dienen der Grundlage des alltagsweltlichen Verstehens und ermöglichen eine Vergleichbarkeit der Aussagen (Kelle & Kluge, 2010, 66). Somit werden die Kategorien und Themenschwerpunkte in jedem Interview beibehalten. Lediglich die Fragestellungen variieren von Fall zu Fall, d. h. in Abhängigkeit vom Alter, dem kognitiven Entwicklungsstand und den sprachlichen Fähigkeiten werden die Fragen individuell und situationsabhängig angepasst.

#### **Kategorie 1: Geschwisterbeziehung**

- Wie würdest Du Deinen Bruder beschreiben? Was ist besonders an ihm? (Unterkategorie: Beschreibung des Geschwisterkindes)
- Was findest Du an Deinem Bruder toll? (Unterkategorie: Positive Eigenschaften)
- Gibt es Dinge, die Ihr gerne gemeinsam macht? Wenn ja, erzähl mir doch bitte ein bisschen darüber, was macht Ihr gerne zusammen? (Unterkategorie: Gemeinsame Aktivitäten)
- Streitet Ihr auch manchmal? Kannst Du mir bitte eine Situation berichten in der Ihr Streit hattet? (Unterkategorie: Streit mit dem Geschwisterkind)
- Wie vertragt Ihr Euch denn dann wieder? (Unterkategorie: Konfliktlösungsstrategien)
- Gibt es Situationen, in denen Ihr Euch gegenseitig helft? Kannst Du mir mal so eine nennen und etwas darüber erzählen? (Unterkategorie: Gegenseitige Hilfe)

- Machst Du Dir manchmal Sorgen um Deinen Bruder? Wie kommt es dann dazu? (Unterkategorie: Sorge um das Geschwisterkind)
- War Eure Beziehung schon immer so wie jetzt, oder war sie auch mal anders? Erzähl doch mal...wie war es früher was ist jetzt vielleicht anders? (Unterkategorie: Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens)

### **Kategorie 2: Beziehung zu den Eltern/weiteren Geschwistern**

- Erzähle mir doch bitte etwas über Deine Eltern... Wie sind die so? (Unterkategorie: Beschreibung des Verhältnisses zu den Eltern)
- Was machst Du besonders gerne mit ihnen oder auch speziell mit Deiner Mama oder Deinem Papa? (Unterkategorie: Gemeinsame Zeit/Aktivitäten)
- Gibt es Dinge bei denen Ihr Euren Eltern z. B. im Haushalt helft? Wenn ja, berichte doch einfach mal, wer hat denn welche Aufgaben? (Unterkategorie: Häusliche Pflichten)
- Was tust Du, wenn es Dir einmal nicht so gut geht oder Du ein Problem hast? Mit wem besprichst Du Dich? (Unterkategorie: Umgang mit Problemen)
- Streitest Du auch manchmal mit Deinen Eltern? Beschreibe mir doch einfach mal eine Situation in der Ihr gestritten habt. Wie war das? (Unterkategorie: Streit mit den Eltern)
- Wie kommt es dazu, dass Ihr Euch wieder vertragt? (Unterkategorie: Konfliktlösestrategien)
- Gibt es Dinge, die Ihr als Familie gemeinsam macht? Erzähl mir doch bitte ein bisschen davon... Was macht Ihr gerne? (Unterkategorie: Gemeinsame Aktivitäten)
- Wenn Du Deine Familie mit der Familie von Deinem Freund vergleichst, was ist bei Euch bzw. bei denen anders? (Unterkategorie: Subjektive Sicht der Familie im Vergleich zu Freunden)
- Gibt es einen Wunsch, den Du für Deine Familie hast? Wenn ja, was würdest Du Dir wünschen? (Unterkategorie: Wünsche für die Familie)

### **Kategorie 3: Schule und weitere soziale Beziehungen**

- Kannst Du mir bitte einmal etwas über Deine Schule erzählen...Wie ist es dort? (Unterkategorie: Schule)
- Was glaubst Du, wie Dein Bruder die Schule findet? Oder: Geht Dein Bruder gern in die Schule? (Unterkategorie: Schule)
- Mich würde sehr interessieren, wie Deine Freunde so sind... Erzähl doch mal... (Unterkategorie: Freundschaftliche Beziehungen)
- Streitet Ihr auch manchmal? Was passiert dann? (Unterkategorie: Streit- und Konfliktlösesituationen)
- Gibt es Personen, außer Deiner Familie und Deinen Freunden, mit denen Du gerne Zeit verbringst (z. B. Großeltern/Onkel/Tante etc.)? (Unterkategorie: Weitere Bezugspersonen)

### **5.3.2.1 Anwendung des Leitfadens**

Die Wahl der Kategorien im Leitfaden erschien sinnvoll, um die drei wesentlichen Bereiche im Leben der Kinder zu untergliedern und somit eine grobe Struktur herzustellen. Die einzelnen Unterthemen dienen der Schwerpunktsetzung und weiteren Strukturierung mit der Absicht, in der späteren Auswertung Aussagen der Kinder vergleichbar machen zu können. Dies dient einerseits dem Zweck der Ergebnisvalidierung und andererseits bietet sich die Möglichkeit der Typenbildung, was ein Ziel dieser qualitativen Studie darstellt. Inhaltlich orientieren sich die Fragen an den in der Theorie und Empirie bisher generierten Erkenntnissen und Ergebnissen, die Aussagen über die Beziehungsqualität von Geschwistern und deren familiären Umfeld gewähren. Bei verschiedenen wissenschaftlichen Erkenntnissen wurde dabei ermittelt, in welchen Bereichen mögliche Schwierigkeiten auftreten können bzw. Ressourcen vorhanden sind. Ziel des Leitfadens ist es daher auch, auf diese Schwerpunkte einzugehen, um die Ergebnisse ggf. übertragen zu können bzw. Besonderheiten bei Geschwisterkindern von ADHSlern herauszustellen. Weiterhin liegt das subjektive Empfinden sowie der Umgang mit bestimmten Situationen im Fokus dieser Studie, um familiendynamisch relevante Aussagen treffen zu können. Aufgrund dessen sind auch einige Fragestellungen explizit auf das Erleben ausgerichtet. Generell dient dieser Leitfaden, wie bereits betont, der besseren Strukturierung sowie der möglichen Vergleichbarkeit der Ergebnisse durch Themenvorgaben. In der Umsetzung wird jedoch individuell auf die Fähigkeiten (kognitiv, emotional, verbal) der befragten Personen eingegangen. Dies führt in Teilen zu einer Veränderung der Frageformulierung bzw. nach Erreichen eines Kommunikationsprozesses kann es vorkommen, dass eine andere Reihenfolge der Fragen gewählt wird.

### **5.3.2.2 Anpassung des Leitfadens**

Nach Durchführung der ersten drei Probeinterviews zur Überprüfung der Anwendbarkeit des Leitfadens hat sich herausgestellt, dass dieser im Allgemeinen gut verwendbar ist und keiner großen Überarbeitung bedarf. Lediglich die Formulierung der Fragen muss, wie im vorangegangenen Punkt bereits erwähnt, dem Alter, dem

kognitiven Stand sowie den verbalen Fähigkeiten der Kinder, jeweils individuell angepasst werden. Dies ergibt sich in erster Linie im Verlauf des Interviews und erfolgt somit spontan. Die Probeinterviews erwiesen sich in dem Fall jedoch als sehr hilfreich, da sich bereits herausstellte, welche Fragen in einem bestimmten Alter ggf. anders gestellt werden müssen, da diese nicht hinreichend genug in ihrer Formulierung verstanden wurden.

### **5.3.3 Die Stichprobe**

Die in der Studie gewählte Stichprobe umfasst Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 17 Jahren. Die Auswahl berücksichtigt erst Kinder ab einem Alter von 8 Jahren, da Fähigkeiten wie dezentriertes Denken, Perspektivenwechsel etc. ab diesem Alter i.d.R. vorhanden sind und diese sowohl die Interviewdurchführung als auch die Auswertung erleichtern. Die Grenze nach oben wurde gesetzt, da es sich bei den Befragten um Kinder und Jugendliche handeln sollte. Weiteres Anliegen ist es aufgrund der hohen Altersspanne, Unterschiede in der Art und Weise des Umgangs und der Bewältigung generieren zu können.

Ein Geschlecht wird nicht vorgegeben, die Verteilung erfolgt dem Zufall. Dies findet Begründung darin, dass sich die Auswahl einerseits nicht nur auf ein Geschlecht begrenzen soll und somit die Ergebnisse auch ausschließlich auf diese übertragbar wären und andererseits lassen sich ggf. Unterschiede bei den Ergebnissen darstellen, die geschlechtsspezifisch bedingt sein könnten. Signifikant auffällig ist jedoch, dass es sich bei den ADHS-Kindern, trotz der zufälligen Auswahl, um 80 % Kinder männlichen Geschlechts handelt. Dies spiegelt ebenfalls die bereits in Kapitel 4.5 dargestellte sowie erläuterte hohe Prävalenzrate von ADHS bei Jungen wider.

Weiteres Kriterium ist, dass jedes befragte Kind ein Geschwisterteil mit einer diagnostizierten ADHS besitzt, jedoch selber keine ADHS-Diagnose hat. Zudem wurden ausschließlich Patienten ausgewählt, die eine medikamentöse Behandlung erhalten.

Somit kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den ADHS-Geschwistern im Allgemeinen um Fälle mit einer sehr ausgeprägten Symptomatik handelt. Dies wiederum stellt eine bessere Vergleichbarkeit dieser Kinder sicher bzw. lässt die Vermutung zu, dass die Geschwisterkinder allesamt mit einer ähnlich hohen Ausprägung des Störungsbildes ihres Bruders bzw. ihrer Schwester konfrontiert sind.

In Bezug auf soziale Schicht, Alter der Eltern und nationale Herkunft erfolgte die Auswahl ebenfalls dem Zufall, wobei anzumerken ist, dass im Rahmen der Stichprobenauswahl drei türkische Familien nach ihrem Interesse gefragt wurden, an der Studie teilzunehmen. Jedoch äußerten bereits die Eltern der Geschwisterkinder im Telefongespräch, dass sie eine Teilnahme ihres Kindes in keinem Fall wünschen und gaben hierfür keinen Grund an. An dieser Stelle lässt sich spekulieren, inwieweit kulturspezifische Unterschiede für diese ablehnende Haltung verantwortlich gemacht werden können. Somit wäre es als Begründung möglich, dass aus türkischer Sicht Krankheiten wie ADHS oftmals mit einem Tabu behaftet sind oder eher ignoriert werden bzw. stark mit Scham besetzt sind. Diese Annahme entstand durch einen intensiven Austausch mit einer türkischen Mitarbeiterin der Praxis, die sich sehr gut in dieser Kultur auskennt und zahlreiche Gespräche mit betroffenen türkischen Familien geführt hat.

Insgesamt war die positive Resonanz für die Beteiligung an der Studie jedoch sehr hoch angesiedelt. Lediglich eine Mutter hatte Einwände, da das Interview aufgezeichnet werden sollte und zwei Geschwisterkinder äußerten, kein Interesse an einem solchen Interview zu haben. Bei allen weiteren zwanzig Personen, die angesprochen wurden, kam es letztendlich auch zu einem Gespräch. Hierbei war äußerst wichtig, dass das Geschwisterkind selber entschied, ob es teilnehmen möchte und nicht von den Eltern dazu „gedrängt“ wurde. Dies wurde entweder vorab telefonisch oder persönlich mit dem Kind besprochen oder es wurde die Frage der Freiwilligkeit direkt zu Beginn des Gesprächs noch einmal gestellt.

#### **5.3.4 Zugang zum Feld**

Der Zugang zur Stichprobe erfolgt über eine Praxisgemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen. „Gatekeeper“ sind demnach die leitenden Ärzte der Praxis. Diese lieferten den in Frage kommenden Familien eine kurze Information zu dem Inhalt der Studie sowie bei weiterem Interesse einen Flyer mit einer kurzen Vorstellung des Projektes (Flyer befindet sich im Anhang). Im Anschluss wurden die Eltern im Einzelnen persönlich von der Interviewerin kontaktiert, die sie nochmals ausführlich über die Studie und dessen Ziele aufklärte. War abschließend die Teilnahmebereitschaft der Geschwisterkinder und der Eltern weiterhin vorhanden, wurde ein Interviewtermin in der Praxis vereinbart.

Wie bereits in Punkt 5.3.3 angeführt, war die Teilnahmebereitschaft sehr hoch. Dies lässt sich sehr wahrscheinlich dadurch begründen, dass seitens der Familien ein großes Vertrauensverhältnis zu der/dem jeweiligen behandelnden Ärztin/Arzt besteht und es somit leichter fiel, diesem Interview zuzustimmen, was dem Zugang wohlmöglich zu Gute kam.

#### **5.3.5 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Mayring (2010) beschreibt in seiner Arbeit die qualitative Inhaltsanalyse als eine Methodik systematischer Interpretation, „die an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen ansetzt, sie durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht.“ (Mayring, 2010, 48). Hierzu entwickelte Mayring ein 9-stufiges Ablaufmodell, was in der folgenden Abbildung dargestellt ist. Jedoch sind hier ergänzend im letzten Schritt inhaltsanalytische Gütekriterien, auf die die erzielten Ergebnisse angewendet werden, angeführt.



**Abb. 9: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell**

Quelle: in Anlehnung an Mayring (2010, 60).

Um das Vorgehen der bei den Interviews gewonnenen Daten und dessen Bearbeitung besser nachvollziehen zu können, wird im Folgenden kurz auf die Stufen 1-9 des Ablaufmodells nach Mayring eingegangen. Hauptfokus der Arbeit liegt jedoch auf der Interpretation der Ergebnisse (Stufe 9) und liegt der Strukturierung des Textmaterials zugrunde (Stufe 8 des Ablaufmodells, s. Anhang & DVD).

**Stufe 1: Festlegung des Materials**, d. h. es wird festgelegt, welches Material analysiert wird.

Im ersten Schritt wurden alle Interviews in Form anonymisierter Transkripte in das Computerprogramm „MAXQDA“ eingelesen, um die Auswertung computergestützt und somit vereinfacht, vornehmen zu können. Anschließend erfolgte eine Sichtung der einzelnen Transkripte mit dem Ziel, einen Themenüberblick zu erhalten und daraus an den Einzelfällen orientiert, Kategorien zu bilden. Hierzu wurden zuallererst die Kernkategorien des Leitfadens als „Codes“ in das Programm eingegeben. Es folgte im

Verlauf der Interviewsichtung eine weitere Unterteilung der deduktiv gebildeten Kategorien, die ebenfalls als „Codes“ in „MAXQDA“ hinterlegt wurden. Nicht relevante Äußerungen, d. h. solche, die sich nicht auf den Forschungsgegenstand beziehen, fanden keine weitere Beachtung.

**Stufe 2: Analyse der Entstehungssituation**, d. h. von wem und unter welchen Bedingungen wurde das Material produziert?

Die Teilnahme am Interview erfolgte auf freiwilliger Basis. Es handelte sich bei den Gesprächen um halbstrukturierte sowie offene Interviews, d. h. der Interviewer stützte sich auf einen Leitfaden mit Fragen, jedoch konnte sowohl die Formulierung dieser als auch die Reihenfolge individuell an den Verlauf des Gesprächs angepasst werden und es konnte seitens des Befragten frei geantwortet werden. Die Interviews wurden im Rahmen des Promotionsprojektes von der Promovendin durchgeführt und fanden in den Räumen der Praxis statt. Weiterhin wurden Eindrücke und Informationen, die innerhalb der Erhebungssituation entstanden, schriftlich festgehalten und waren Bestandteil der Einzelauswertungen der Interviews.

**Stufe 3: Formale Charakterisierung des Materials**, d. h. in welcher Form liegt das Material vor?

Wie noch in Punkt 5.3.8 beschrieben wird, wurden die akustischen Aufzeichnungen des Gesprächs in ein schriftliches Protokoll (Transkript) umgewandelt.

**Stufe 4: Richtung der Analyse**, d. h. worauf soll sich der Interpretationsfokus richten?

Die Fragestellung der Analyse bezieht sich theoretisch auf die frühere und aktuelle Forschung zum Thema Geschwisterbeziehungen im Allgemeinen sowie Geschwisterbeziehungen unter besonderen Voraussetzungen (Behinderung eines Geschwisters) als auch auf Erkenntnisse und der Debatte zu ADHS. Die Studie hat eine entwicklungspsychologische Ausrichtung, d. h. mit Hilfe der Interviews sollen die Befragten dazu ermuntert werden, „über ihr gegenwärtiges Befinden, über die kognitive Verarbeitung ihrer Situation und über ihre bisherigen Handlungen und Handlungspläne zur Bewältigung der Situation und über die eigenen biografischen Erfahrungen zu berichten.“ Die Richtung der Analyse ist somit, „durch den Text

Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Kommunikatoren zu machen“ (Mayring, 2010, 58).

**Stufe 5: Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung**, d. h. nach welcher Forschungsfrage wird das Material untersucht?

Das zu analysierende Material (Interviews), wird nach den Forschungsfragen untersucht, welche unterschiedlichen Verarbeitungsmodi und Bewältigungsstrategien Geschwister von ADHS-Kindern besitzen sowie welche die Auswirkungen diese auf die Familiendynamik besitzen. Orientiert wird sich hierbei an den Kernkategorien „Geschwisterbeziehung“, „Beziehung zu den Eltern“ und „Schule und weitere soziale Beziehungen“. Es soll herausgearbeitet und analysiert werden, inwieweit diese Beziehungserfahrungen vergleichbar sind bzw. variieren in Bezug auf „normale“ Geschwisterbeziehungen sowie Geschwister von behinderten Kindern. Um dies realisieren zu können, erfolgte in den Kapiteln 2-4 eine Darstellung und Diskussion über die bisherige Theorie und Forschung zu diesen Themengebieten.

**Stufe 6: Bestimmung der Analysetechnik**, d. h. welches Verfahren soll bei der Materialanalyse eingesetzt werden, z. B. Zusammenfassung, Explikation oder Strukturierung.

Im Rahmen dieser Studie sollen primär Aspekte der Strukturierung Anwendung finden. Diese verfolgt das Ziel der Herausstellung einer bestimmten Struktur aus dem Material. Mittels eines Categoriesystems wird diese Struktur an das Material herangetragen. Die anhand der Kategorien angesprochenen Textsegmente werden nunmehr systematisch aus dem Material extrahiert. Von besonderer Relevanz sind laut Mayring (2010) hierbei drei Punkte:

- Die genaue Bestimmung der grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen sowie die Ableitung und theoretische Begründung derer aus der Fragestellung.
- Weiterdifferenzierung der Strukturierungsdimensionen durch Aufspaltung in einzelne Ausprägungen und abschließendes Zusammenstellen des Categoriesystems mittels der Dimensionen und Ausprägungen.

- Genaue Festlegung, wann ein Materialbestand einer Kategorie zugeordnet wird. Dabei hat sich folgende Vorgehensweise bewährt (s. Kategorie-Leitfaden im Anhang):
  1. Definition der Kategorien, indem genau festgelegt wird, welche Textbestandteile hierunter zu fassen sind.
  2. Bereitstellung von Ankerbeispielen, d. h. ein Anführen konkreter Textstellen, die unter diese Kategorie fallen und als Beispiel fungieren.
  3. Erstellung von Kodierregeln, die festlegen, welche Kategorien in Zweifelsfällen gewählt werden sollen, wenn eine Abgrenzungsproblematik vorliegt, d. h. wenn eine Aussage z. B. mehreren Kategorien zugeordnet werden könnte.

(Mayring, 2010, 92).

**Stufe 7: Definition der Analyseeinheit**, d. h. welche Kriterien werden bei der Auswahl und Kategorisierung von Textabschnitten angelegt?

Dabei legt die Kodiereinheit den kleinsten und die Kontexteinheit den größten Materialbestandteil fest, welche noch in eine Kategorie fallen. Schließlich bestimmt die Auswertungseinheit die Abfolge bei der Bearbeitung der Textabschnitte (Flick, 2002, 280)

**Stufe 8: Analyse des Materials**, d. h. der eigentliche Analysevorgang, bei dem die Strukturierung als Analysetechnik Anwendung findet. Dieser Schritt lässt sich im Anhang (Finaler Kodierleitfaden) sowie auf der beigefügten DVD (Codings) wiederfinden.

**Stufe 9: Interpretation der Ergebnisse und Anwendung der Inhaltsanalytischen Gütekriterien**, d. h. abschließend werden, in Richtung der Hauptfragestellung, die einzelnen Fälle generalisiert.

Dies ist in Kapitel 6 angeführt.

Mayring benennt zudem sechs Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung. Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit und ob diese im Rahmen der Studie eingehalten wurden (Mayring, 2002, 110 f.).

**Tab. 19: Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung und deren Erfüllung**

<b>Gütekriterium</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>Verfahrens- dokumentation</b>	Zur intersubjektiven Nachprüfung des Forschungsprozesses wurde eine detaillierte Darstellung des Vorgehens, d. h. eine genaue Verfahrensdokumentation vorgenommen. Dokumentiert wurden das Vorverständnis, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums und die praktische Umsetzung der Datenerhebung und –auswertung, siehe auch Abschnitt 5.3 & 5.4. Diese Schritte stellen das Kriterium der Verfahrensdokumentation sicher.
<b>Argumentative Interpretationsab- sicherung</b>	Die Kodierung der einzelnen Interviews sowie die Schritte der Strukturierung sind zum Zwecke des Nachvollzugs vollständig dokumentiert (s. Anhang und DVD). Somit wird der Forderung der argumentativen Interpretationsabsicherung entsprochen.
<b>Regelgeleitetheit</b>	Anhand des schrittweisen, sequentiellen Vorgehens wurde das Mayringsche Ablaufmodell eingehalten, somit ist das Gütekriterium der Regelgeleitetheit erfüllt. Das von Mayring angeführte, aber nicht ausdrücklich geforderte, spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterium der ‚Intercoderreliabilität‘, nach dem in der Regel die gesamte Analyse von mehreren Personen durchgeführt wird und deren Ergebnisse verglichen werden, konnte durch einen intensiven Austausch mit anderen Fachleuten über die Ergebnisse zum großen Teil eingehalten werden.
<b>Nähe zum Gegenstand</b>	Durch die Erarbeitung des theoretischen Vorwissens zum Thema „Geschwisterbeziehungen“ und „ADHS“ wurde es machbar, die Relevanzsysteme der Befragten nachzuzeichnen und somit eine Nähe zum Gegenstand herzustellen.
<b>Kommunikative Validierung</b>	Mit kommunikativer Validierung meint Mayring die Rückspiegelung der Ergebnisse an die Betroffenen selbst, um die Gültigkeit der Ergebnisse nochmals zu überprüfen. Dieses Kriterium konnte aus zeitlichen Gründen sowie logistischen Schwierigkeiten nicht erfüllt werden.
<b>Triangulation</b>	Der beispielsweise gemeinsame Einsatz von qualitativen und quantitativen Methoden (Triangulation), zum Zweck des Vergleichs diverser Datenquellen, um zu möglichen Lösungen zu kommen, konnte in Teilen entsprochen werden. Ergänzende quantitative Methoden hätten den Rahmen dieser Arbeit überschritten, jedoch erfolgte eine Typenbildung nach Kelle & Kluge (2010) und somit die Anwendung einer weiteren Methode der Ergebnisauswertung.

Quelle: eigene Darstellung.

Auf der Grundlage des eben angeführten inhaltsanalytischen Ablaufmodells nach Mayring (2010) findet ergänzend die Methode der kontrastiven Falldarstellung und Typenbildung nach Kelle und Kluge (2010) Anwendung. Diese wird im Folgenden kurz skizziert und ausführlich in Kapitel 7 und 8 behandelt.

### **5.3.6 Statistikbogen**

Neben den Informationen, die sich aus der Akte des sich in Behandlung befindenden ADHS Patienten entnehmen lassen, wurde den Eltern im Vorfeld des Interviews ein Statistikbogen ausgehändigt.

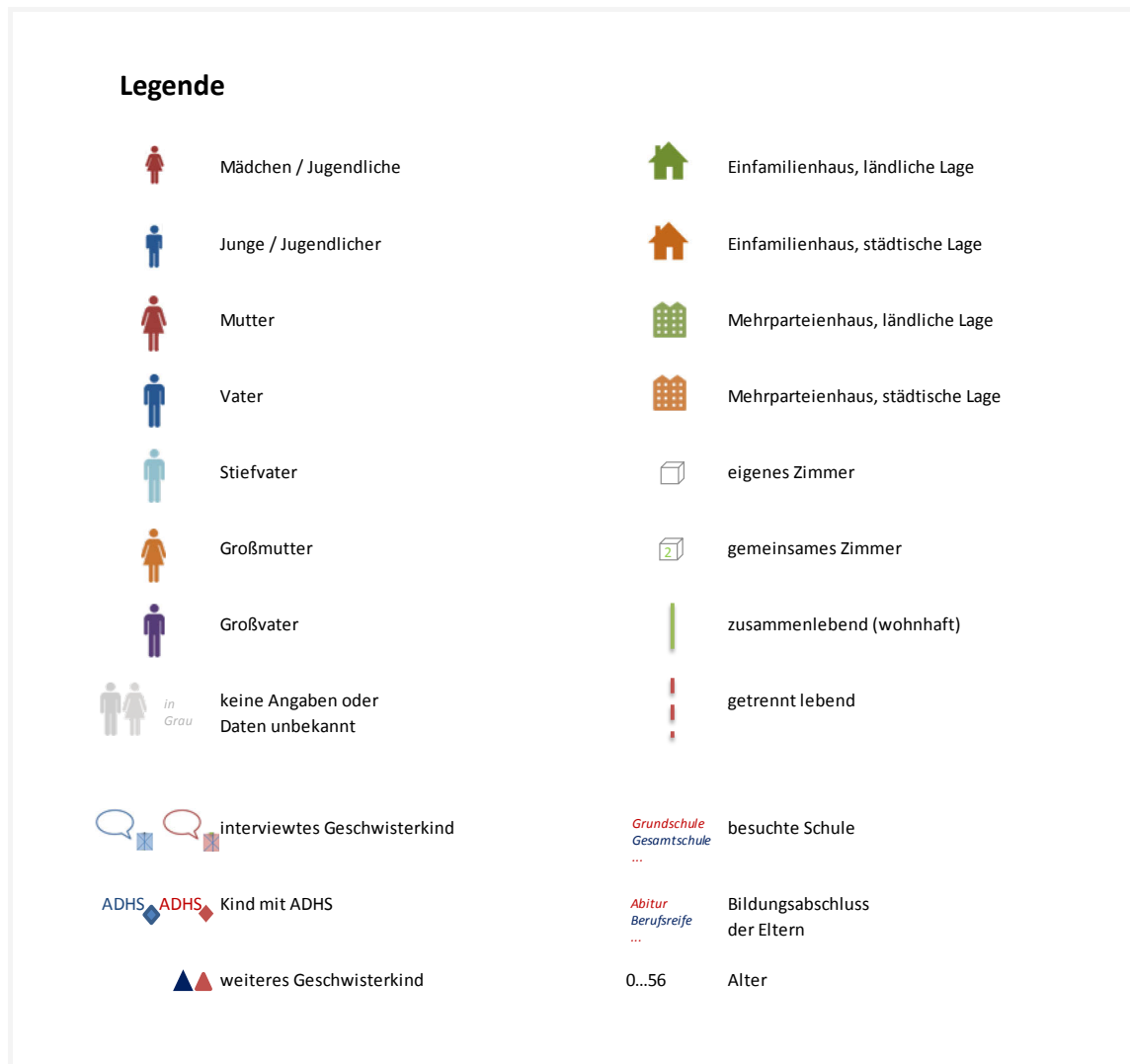
Dieser beinhaltet folgende Fragen:

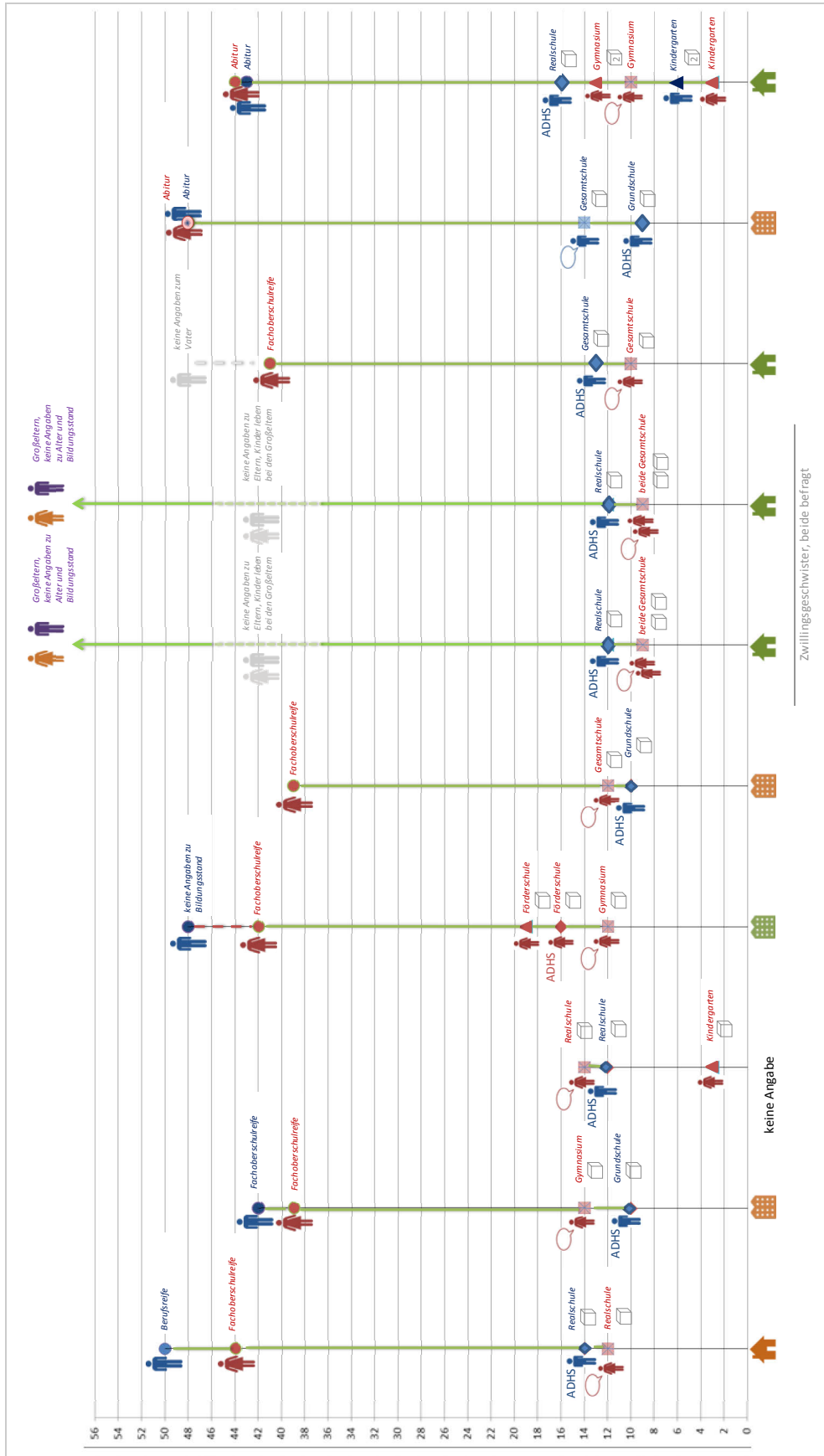
- Geburtsdatum des Kindes und eigenes Alter
- Anzahl, Geschlecht und Alter der Geschwister
- Familiensituation (zusammen- oder getrennt lebend etc.)
- Wohnsituation (Haus, Wohnung, eigenes Zimmer, Beurteilung der Wohngegend etc.)
- Schul- und Berufsabschluss der Eltern sowie jetzige Tätigkeit

Der Statistikbogen dient dem Zweck, den Kindern diese Fragen zu ersparen, um damit einerseits Interviewzeit einzusparen und andererseits zu verhindern, dass falsche Aussagen getroffen werden. Weiterhin war Ziel dieser Daten, eine ebenfalls quantitative Auswertung vorzunehmen, d. h. Annahmen bezüglich des Einflusses von Alter, Geschlecht, Familien- und Wohnsituation zu generieren.

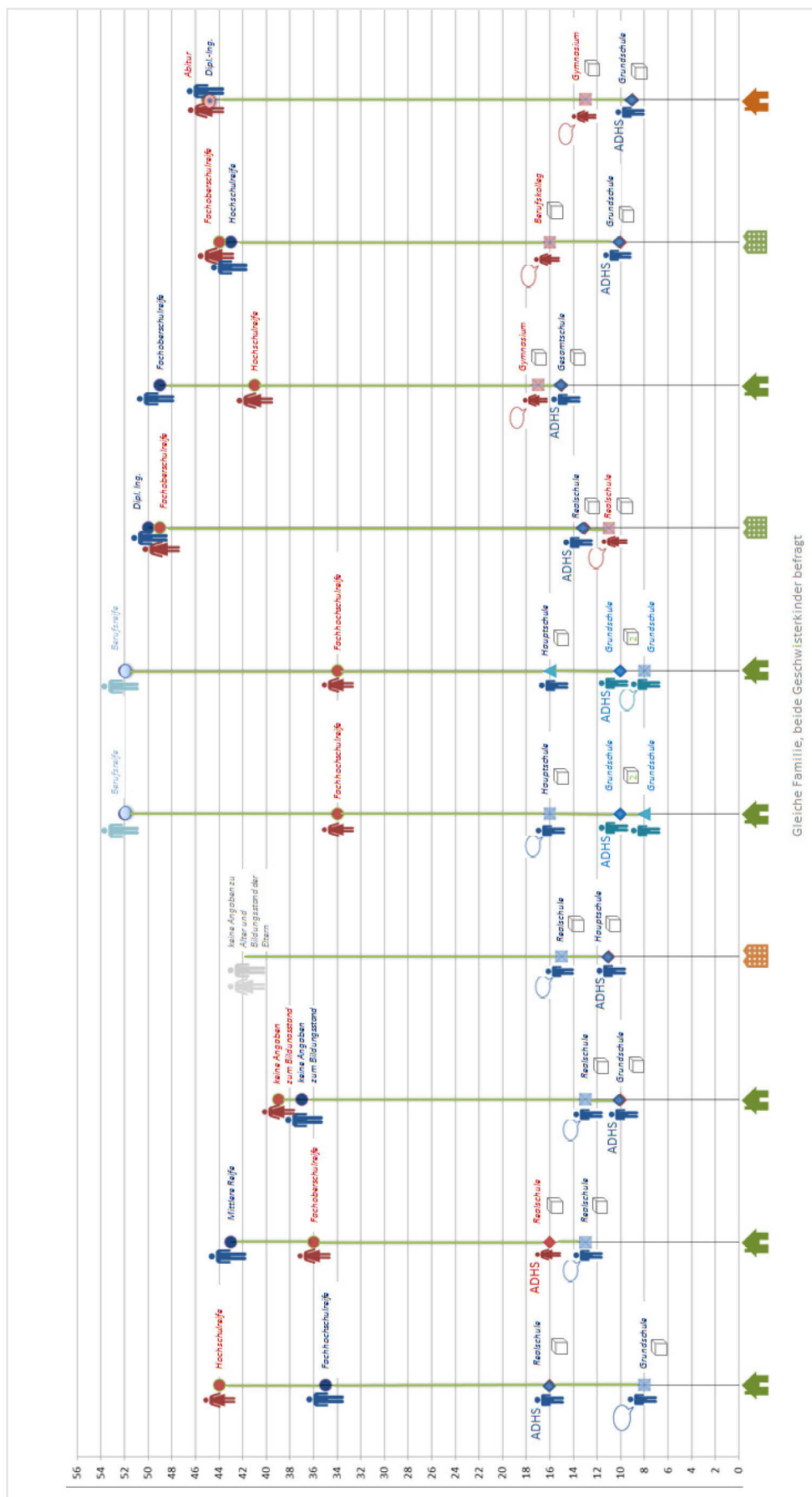
Folgende Darstellung visualisiert, in Anlehnung an die Daten aus dem Statistikbogen, die genaue Verteilung der Stichprobe mit den dazugehörigen Merkmalen. Die derzeitige berufliche Tätigkeit der Eltern wurde jedoch aufgrund von Datenschutzgründen nicht in die Abbildung aufgenommen. Diese ließe möglicherweise zu viele Rückschlüsse auf die Familie zu, was den Datenschutz negativ beeinflussen bzw. aufweichen könnte.

Abb. 10: Verteilung der Stichprobe









Quelle: eigene Darstellung.

### **5.3.7 Die Interviewsituation**

Die Interviews wurden in einem der Büros in der Praxisgemeinschaft durchgeführt. Der Raum war weitgehend reizarm gestaltet, um Ablenkung zu vermeiden, bietet jedoch eine wohlfühlende Atmosphäre. Eine solche Atmosphäre habe einen wichtigen Einfluss auf das Antwortverhalten, so Fuhs (2012, 84). Weiterhin bestand die Möglichkeit das Interview auf gleicher „Augenhöhe“ zu führen, da gemütliche Sitzkissen zur Verfügung standen. Dies war jedem Kind jedoch freigestellt. Ein Aufnahmegerät war in jedem Interview vorhanden und stellte die Dokumentation des Gesprächsverlaufs sicher. Dies befand sich etwas abseits, entweder auf dem Tisch oder dem Boden, von den Personen und hatte eine sehr unauffällige Erscheinung.

Die Interviewdauer war abhängig von der Motivation und der Ausdauer der Befragten, jedoch nicht länger als 60 Minuten. Bei Kindern unter 10 Jahren nicht länger als eine halbe bis dreiviertel Stunde, da die Aufmerksamkeitsspanne in diesem Alter in der Regel nicht länger gegeben ist (Delfos, 2012, 180).

Eingangs wurde dem Kind erneut das Vorgehen kurz beschrieben sowie das Thema erläutert und das Aufnahmegerät erklärt. Hierauf folgte ein kurzer Steckbrief über das Kind, in dem Alter, Schule, Klasse, Hobbies etc. abgefragt wurden. Dieser diente dem Ziel, einen für das Kind vertrauten Einstieg in das Gespräch zu finden. Dies gelingt am besten, indem über gut Bekanntes und einfach Zugängliches geredet wird (ebd., 2012, 188 ff.). Im Anschluss erfolgte das eigentliche Interview.

### **5.3.8 Das Aufnahmegerät**

Um die im sich anschließenden Punkt beschriebene Transkription vereinfacht durchführen zu können, wurde auf ein digitales Aufnahmegerät zurückgegriffen. Dies ermöglicht die Übertragung der Daten mittels eines Kabels auf den Computer. In Folge dessen konnte sofort mit der Transkription begonnen werden.

### 5.3.9 Transkription

Im Rahmen empirischer Sozialforschung ist unter dem Begriff „Transkription“ eine Verschriftlichung verbaler und ggf. auch nonverbaler Kommunikation zu verstehen. In welchem Ausmaß detailliert transkribiert wird, ist abhängig vom Untersuchungszweck sowie den Forschungsfragen (Kuckartz, 2010, 38).

Für die Verschriftlichung der Interviews schienen die von Kuckartz et al. (2007) entworfenen Transkriptionsregeln gut anwendbar. Ausschlaggebend für die Wahl der Regeln war, dass diese eine spätere Auswertung am Computer berücksichtigen.

Im Folgenden wird das o. g. Transkriptionssystem in einer Abbildung von Kuckartz (2010) zitiert.

**Abb. 11: Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung**

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
2. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Bspw. wird aus „Er hatte noch so’n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...)markiert.
5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, Aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.

Quelle: Kuckartz (2010, 44).

Die Transkription des verbal erhobenen Materials, nach den Regeln von Kuckartz (2010), liefert die Basis einer interpretativen Auswertung.

Der sich nun anschließende Punkt eröffnet die Darstellung der Auswertungsmethoden, die im Rahmen der Studie Anwendung finden, und dient der Nachvollziehbarkeit der Datenanalyse.

#### **5.4 Angewendete Auswertungsmethoden**

Der sich nun anschließende Punkt liefert einen Überblick der angewandten Auswertungsmethoden und begründet die Entscheidung für diese Methoden im Hinblick auf das Forschungsinteresse.

Die im Folgenden angewendeten Auswertungsstrategien erheben den Anspruch, die Lebenswirklichkeit der interviewten Geschwister in ihrer Varianz, Breite und Widersprüchlichkeit differenziert wiederzugeben. Als methodische Anlage der Untersuchung wurde ein Kategoriensystem entwickelt, das sich aus den Themen des Leitfadeninterviews ergibt. Kelle und Kluge (2010) zur Folge, unterliegt ein Kategoriensystem, das nicht deduktiv, d. h. aus dem Datenmaterial heraus erarbeitet wird, der Gefahr, dass erfolgte Zuweisungen und verwendete Begrifflichkeiten nicht oder unzureichend mit den Sichtweisen und Relevanzsystemen der Befragten übereinstimmen (Kelle & Kluge, 2010, 70). Um diese Gefahr möglichst nicht aufkommen zu lassen, unterbreiten die Autoren den Vorschlag, folgende Regel zu beachten:

*„Für ein ex ante entwickeltes Kategorienschema verwendet man als heuristischen Rahmen empirisch gehaltlose theoretische Kategorien und Alltagskonzepte, empirisch gehaltvolle Kategorien kann man bei der Kodierung ad hoc einführen, wenn man in den Daten spontan Zusammenhänge entdeckt, zu denen diese Kategorien passen“*

(ebd, 2010, 70).

Im Rahmen der Erstellung des Kategorienschemas, um das qualitative Datenmaterial zu systematisieren, ist es wichtig, die hypothesengenerierende und theoriebildende Funktion qualitativer Forschung niemals außer Acht gelassen werden. Das Hauptziel einer qualitativen Studie verfolgt zumeist nicht die Überprüfung eingangs aufgestellter Hypothesen. Vielmehr geht es darum, „einen Zugang zu den Relevanzen, Weltdeutungen und Sichtweisen der Akteure zu finden. Die Konstruktion eines ‚ex ante‘ Kategorienschemas mit Hilfe empirisch gehaltvoller theoretischer Kategorien kann deshalb leicht kontraproduktiv sein“ (ebd., 2010, 70).

Der Vorteil eines thematisch geleiteten Kategoriensystems liegt vor allem zu Beginn der Auswertung in der Möglichkeit, eine Zusammenfassung unterschiedlicher Textaussagen zu einem bestimmten Themengebiet herstellen zu können. An dieser Stelle erweist sich die im nächsten Punkt angeführte Software „MAXQDA“ als äußerst hilfreich.

#### **5.4.1 MAXQDA-Software**

Bei MAXQDA handelt es sich um eine Computersoftware, die einen systematischen Umgang mit Texten vornimmt und hierfür eine Vielzahl von „Werkzeugen“ zur Verfügung stellt (Kuckartz, 2010, 14).

Die Entscheidung für die Nutzung dieser Software im Rahmen der Auswertung fiel anlässlich der versprochenen Zeitersparnis. Da bereits alle Transkripte als Textdokumente vorlagen, erwies es sich als gut umsetzbar, diese in das MAXQDA-Programm einzufügen. Der Umgang mit dem Programm bzw. die effiziente Nutzung verlangte jedoch noch einiges an Selbststudium und Austausch mit weiteren Anwendern.

Zudem gelang es mithilfe der Software leichter, einen Überblick auf das umfangreiche Datenmaterial zu erhalten. Weiterhin wird ein schneller Zugriff auf bestimmte Themenbereiche ebenfalls sichergestellt. In Bezug auf die sich anschließende qualitative Analyse nach Mayring erwies es sich als hilfreich, dass mittels des Analyseprogramms Textdateien sowohl indiziert als auch kodiert werden konnten (Kelle & Kluge, 2010, 60).

Der folgende Punkt liefert eine kurze Skizzierung der Methoden der kontrastiven Falldarstellung sowie Typenbildung, die im 7. und 8. Kapitel Anwendung finden.

#### **5.4.2 Kontrastive Falldarstellung und Typenbildung**

Neben der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) erfolgt zudem eine Fallkontrastierung sowie Typisierung der Fälle nach Kelle und Kluge (2010). Dies geschieht mit dem Ziel, „Ähnlichkeiten und Unterschiede im Datenmaterial sowohl auf Einzelfallebene als auch fallübergreifend zu identifizieren.“ (Kelle & Kluge, 2010, 13). Folglich sollen mit Hilfe dieser Technik Typen von Geschwistern gebildet werden, die ein unterschiedliches bzw. ähnliches Bewältigungsverhalten in Bezug auf das Geschwisterkind mit ADHS aufzeigen. Hierbei werden zuallererst vier sehr konträre Fälle beispielhaft für einen Typus angeführt. Auf der Grundlage dessen wird im Anschluss eine Typenbildung vorgenommen.

Ausführlich dargestellt wird sowohl die Fallkontrastierung als auch die Typenbildung im 7. und 8. Kapitel dieser Arbeit.

## 6. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Hauptfokus dieses Kapitels ist die Darstellung, Interpretation sowie Diskussion der aus den Interviews gewonnen Aussagen der Geschwisterkinder (Stufe 9 des Ablaufmodells nach Mayring, 2010). Zu Beginn werden die Ergebnisse des erhobenen Datenmaterials aufgezeigt und zusammenfassend qualitativ analysiert. Hierbei erfolgte die Orientierung an dem final ausgearbeiteten Kategorie-Leitfaden (s. Anhang). Im Rahmen dessen erfolgte zunächst eine Einteilung in die drei Kernkategorien „Geschwisterbeziehung“, „Beziehung zu den Eltern“ sowie „Schule und weitere soziale Beziehungen“. Wobei die erstgenannte Kernkategorie „Geschwisterbeziehung“ inhaltlich sowie in ihrer Ausführung dominiert. Diese wurden erneut in die bereits deduktiv erarbeiteten Subkategorien untergliedert. Lediglich die Unterkategorie „Einfluss von Medikamenten“ ergab sich induktiv aus dem Material heraus. Auf diesen Aspekt wurde im Rahmen des Leitfadens bewusst nicht eingegangen. Einige der Befragten äußerten sich jedoch „von sich aus“ zu dieser Thematik. Dies ließ es sinnvoll und für die Ergebnisse von Bedeutung erscheinen, diese als Kategorie mitaufzunehmen.

Im Sinne der Analyse werden die getroffenen Aussagen der Geschwister gegenüber gestellt, anhand von Zitaten aus den Transkripten belegt sowie in Bezug zum theoretischen Rahmenkonzept gestellt und diskutiert. Die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse schließt mit einer Zusammenfassung.

Um die Anonymität der befragten Kinder und Jugendlichen sowie deren Familie und des Umfelds zu wahren, wurden alle Namen verändert. Zudem gilt es festzuhalten, dass die in den Interviews gegebenen Antworten die rein subjektive Wirklichkeit der Kinder darstellt bzw. widerspiegelt. Hierbei sind die in Punkt 5.2.2 angeführten Probleme beim Forschen mit Kindern zu berücksichtigen. Weiterhin gilt es, die Aussagen fortwährend in einem entwicklungspsychologischen Kontext, d. h. mit Vorbehalt, zu betrachten (Fuhs, 2012, 90).

Ziel der Analyse ist es nicht, und auch aufgrund der geringen Anzahl der Interviews unmöglich, allgemein gültige Aussagen zu treffen. Im Mittelpunkt steht vielmehr, fallorientierte Sichtweisen zu generieren, die „Persönlichkeiten“ bzw. „Typen“ sichtbar werden lassen (Kuckartz et al., 2008, 68), die im 7. & 8. Kapitel dieser Arbeit Darstellung finden werden. Im Anschluss daran besteht die Intention, abschließend im 9. Kapitel, die eingangs angeführten Forschungsfragen zu beantworten. Zudem erfolgt eine kritische Betrachtung der Studie mit Hinweisen für weitere Forschungen.

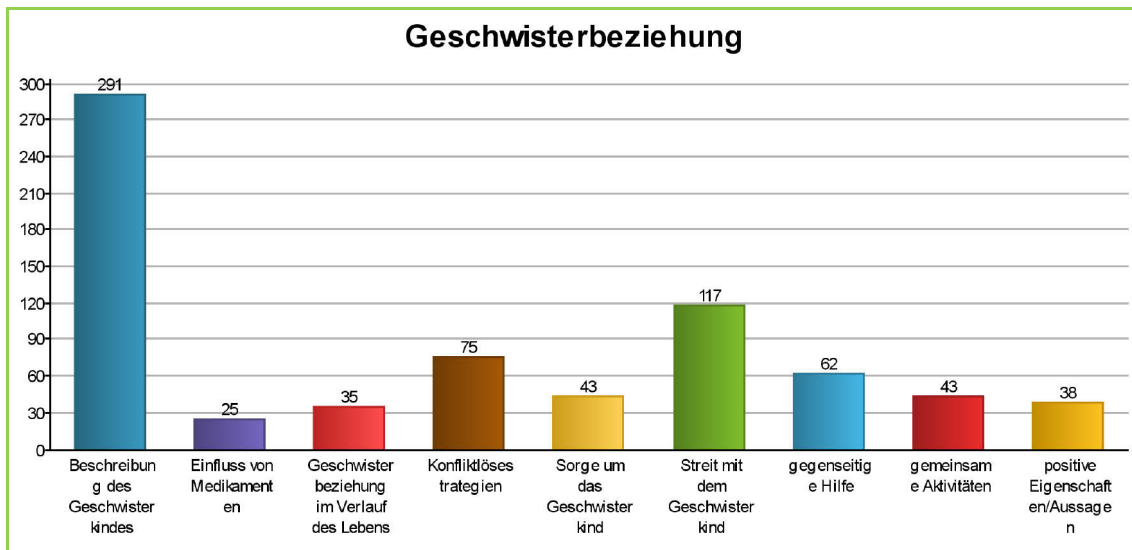
### **6.1 Kategorie 1: Geschwisterbeziehung**

Bezüglich der Fragestellung relevante Aussagen über die geschwisterliche Beziehung sind Hauptaugenmerk dieser Kategorie. Hierbei erfolgt die Unterteilung der Kernkategorie in neun Subkategorien. Diese werden anhand der folgenden Ausführungen fallvergleichend dargestellt und analysiert. Ziel dessen ist es, Hinweise in Bezug auf die Beziehungsqualität zum Geschwisterkind mit ADHS darzulegen sowie besondere Einflussfaktoren, die sowohl positive als auch negative Aspekte aufzeigen, herauszuarbeiten. Weiterhin sollen günstige und ungünstige Bewältigungsstrategien der Geschwister erkannt und gedeutet werden.

Folgende Abbildung 12 stellt die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Subkategorien dar (in Anlehnung an die Codings aus MAXQDA). Ersichtlich wird hierbei insbesondere, dass neben den Aussagen, die allgemeine Beschreibungen des Geschwisterkindes liefern, die Kategorie „Streit mit dem Geschwisterkind“ die zweithäufigsten Nennungen besaß. Dies lässt auf ein offensichtlich relevantes Merkmal schließen. Gemeinsamen Unternehmungen wird hier im Gegenzug scheinbar weniger Beachtung geschenkt bzw. diese werden seltener betont.



**Abb. 12: Quantitative Verteilung der Subcodes zur Kategorie „Geschwisterbeziehung“**



Quelle: eigene Darstellung.

### 6.1.1 Beschreibung des Geschwisterkindes

Die Ausführungen im Rahmen dieses Punktes beziehen sich auf die im Interview eingangs gestellte, offene Frage: „Wie würdest Du Deinen Bruder / Deine Schwester beschreiben?“

Die Äußerungen der Geschwisterkinder in Bezug auf diese Frage gestalteten sich ambivalent. Es wurden sowohl positive als auch negative Beschreibungen angeführt, wobei negative Beschreibungen dominierten.

Eher als positiv bewertbare Antworten sind beispielsweise folgende:

*„Also er ist sehr munter. Also sehr aufgewirbelt. Er hüpfte ziemlich viel rum. Es ist viel Energie drin in dem.... Also er redet auch ziemlich viel.“ (Mika, 5)*

*„Sie ist sehr hilfsbereit. Also wenn es mal Probleme gibt, dann hilft sie halt. Und sie, also mit ihr kann man halt auch reden.“ (Kathrin, 5)*

*„Er ist sehr chaotisch. Und ja, teilweise faul. Aber man kann viel mit ihm machen. Er ist lebensfroh...“ (Stefan, 3)*

*„... sensibel und kann manchmal auch richtig nett sein.“ (Milla, 3)*

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist, dass Brüder von ADHS-Kindern das aktive Verhalten ihres Geschwisters als positiv bewerten, wohingegen Schwestern „Hilfsbereitschaft“ und „Sensibilität“ als angenehm empfinden.

Dies könnte möglicherweise der Erklärung von Jungbauer (2009) zugrunde liegen. Dieser beschreibt, dass Jungen, die mit ausschließlich Brüdern aufwachsen, eher „robust“ und „pragmatisch“ seien. Dies trifft hier dem Anschein nach ebenfalls auf die interviewten Brüder zu. Weiterhin könnten die positiven Äußerungen der älteren Befragten über ihre jüngeren ADHS-Geschwister mit geminderter Rivalität aufgrund des hohen Altersabstandes in Zusammenhang stehen. Deutlich jüngere Geschwister, die positive Beschreibungen äußerten, tendieren, Forschungen zur Folge, vermehrt dazu das Verhalten des großen Bruders bzw. der großen Schwester zu tolerieren (Kasten, 2001, 85). Mädchen erweisen sich in der Regel eher als „gefühlbetont“ oder „hilfsbereit“ (Jungbauer, 2009, 57), daher schätzen sie möglicherweise genau diese Seite auch bei ihrem Geschwisterkind.

Die sich nun anschließenden Äußerungen dienen als Beispiel für eine primär negative Beschreibung des ADHS-Geschwisterkindes.

*„Er ist sehr nervig und sehr, wie soll ich das jetzt beschreiben, der ist so ein bisschen der Chef bei uns in der Familie, also der bestimmt so.“ (Jana, 4)*

*„Der tritt gegen die Tür und schmeißt die zu. Und ja, und sagt böse Wörter.“ (Larissa, 55)*

*„Hmm, ja also meistens nervt er mich und wir verstehen uns nicht gut. Der rastet immer so aus und so.“ (Anna, 3)*

*„als Bruder ist er manchmal sehr nervig.“ (Anton, 3)*

*„Also der ist manchmal sehr impulsiv.“ (Milla, 3)*

*„Manchmal schlägt er mich.“ (Jens, 5)*

Im Rahmen der als beispielhaft dienenden negativen Äußerungen wird ein „nerviges“ und „aggressives“ Verhalten beschrieben. Dies trifft auf zehn der zwanzig interviewten Geschwisterkinder zu. Bei drei der vier Geschwisterkinder zwischen acht und neun Jahren zeigte sich auffällig, dass sie ihren Bruder zuallererst als positiv beschrieben, wobei direkt im Anschluss geäußert wurde, er sei auch „gemein“ und schlage bzw. sie verstehen sich nicht gut. Dies lässt Rückschlüsse darauf ziehen, dass das beschriebene Geschwisterkind offensichtlich ADHS-typische Symptome aufweist, die von den Brüdern und Schwestern als unangenehm erlebt werden. Dies bestätigten zudem Studien, wie die von Mash und Johnsten (1983). Die Forscher belegten, dass ADHS-Jungen ein signifikant höheres Level negativer Verhaltensweisen im dyadischen Spiel

mit ihren Geschwistern zeigen als Jungen ohne ADHS (Mash & Johnsten, 1983, zit. nach Mikami & Pfiffner, 2008, 483).

Folgende Aussagen beinhalten sowohl eine negative als auch eine positive Komponente des Geschwisters bzw. könnten als beides gedeutet werden:

*„Eigentlich immer freundlich, aber er kann schnell ausrasten.“ (Lucy, 5)*

*„Er ist sehr aufbrausend, sage ich mal, also er ist sehr aktiv...“ (Amelie, 3)*

In den o. g. Antworten sind beispielhaft inhaltlich ambivalente Äußerungen erkennbar, die insgesamt häufiger auftraten. D. h. dem Geschwisterkind werden sowohl positive als auch negative Verhaltensweisen zugesprochen, die sich in unterschiedlichen Situationen äußern.

Zudem wird in zwei Interviews die Andersartigkeit des Bruders im persönlichen Vergleich zu anderen Kindern hervorgehoben.

*„Ja, er ist etwas anders als andere Kinder.“ (Lina, 3)*

*„Und der ist halt anders als andere,...“ (Milla, 3)*

### **6.1.2 Positive Aussagen über das ADHS-Geschwisterkind**

Der sich nun anschließende Punkt beinhaltet eine Auswahl positiver Äußerungen über das ADHS-Geschwisterkind. Auf die Frage bezogen, was sie an ihrem Bruder/Ihrer Schwester gut finden, kam es bei siebzehn der zwanzig Befragten ohne weitere Probleme zur Nennung positiver Attribute und Beziehungserfahrungen. Lediglich drei der Befragten fiel es schwer, eine solche Aussage zu tätigen. Auffällig häufiger bzw. ausführlicher, beschrieben Schwestern ihr Geschwisterkind positiv im Vergleich zu den Brüdern.

*„Also, er verteidigt mich halt auch manchmal vor meinen Eltern. Oder er denkt auch halt öfter auch mal an mich.“ (Maria, 10)*

*„Der kann schnell schwimmen. Kann gut klettern. Und schnell Fahrrad und Roller fahren. Und er ist auch schnell.“ (Milla, 77)*

*„Ich finde es gut, dass der so offen ist. Dass der halt auch ziemlich viel - er ist nicht so verschlossen. Also, er probiert gerne was Neues aus und alles. Ja, und auch finde ich schön, dass er viel Energie hat. Dass er viel diese Lust auf was hat.“ (Mika, 21)*

*„Dass man mit ihm auch Spaß haben kann und dass er eigentlich nett ist.“ (Lucy, 27)*

*„Ich mag an ihm, dass er immer für mich da ist. Dass er gut auf mich aufpasst und ja, wenn ich mal nicht weiterkomme...“ (Maria, 6)*

*„wenn es mal Probleme gibt, dann hilft sie halt. Und sie, also mit ihr kann man halt auch reden.“ (Katrin, 3)*

*„Also ich finde toll, also er ist oft so sensibel und merkt sofort wenn irgendwas nicht stimmt. Dann kommt er direkt an...“ (Lara, 29)*

Die Darstellung positiver Beschreibungen traf ebenfalls auf die Geschwister zu, die ihren Bruder bzw. ihre Schwester als sonst sehr aggressiv beschrieben. Jedoch fielen die positiven Aussagen dabei etwas spärlicher aus. Insbesondere betont wurde die Übernahme der Beschützerrolle durch das ältere ADHS-Kind. Hierzu äußerte Frick (2009) ebenfalls, dass ältere Geschwister dem Jüngeren gegenüber oftmals eine „Verteidigerrolle“ einnehmen, um dieses vor Bedrohungen zu schützen. Dies wird offensichtlich von den interviewten Kindern als sehr angenehm empfunden bzw. wirkt sich wohlmöglich positiv auf die Geschwisterbeziehung aus. Die Tatsache, dass vermehrt Schwestern sich positiv in Bezug auf ihr Geschwisterkind mit ADHS äußern, könnte im Einklang zu der Annahme vom Hackenberg (1992) stehen. Diese beschreibt, dass Mädchen in der Regel sensibilisierter erscheinen bzw. im Allgemeinen mehr Verständnis hegen. Somit fällt ihnen wohlmöglich der Blick auf Positives insgesamt leichter.

### **6.1.3 Gemeinsame Aktivitäten**

Im Hinblick auf die Unterkategorie „Gemeinsame Aktivitäten“ ergab sich ein weites Spektrum unterschiedlicher Antworten.

Einige der befragten Geschwisterkinder äußerten, dass sie regelmäßig zusammen Zeit verbringen. Teilweise beschränkte sich diese jedoch auf gemeinsames Fernsehgucken bzw. Videospiele spielen.

*„Ja, also manchmal spiele ich halt mit ihm, wenn ihm langweilig ist. Oder wir gucken auch manchmal zusammen einen Film. Oder, also wir spielen halt so ein Spiel auf dem Handy...“ (Melanie, 16)*

*„Ach so, es kommt schon mal vor, dass wir den gleichen Film gucken oder so, dann geht's.“ (Anna, 28)*

*„Irgendwie halt Phase 10 oder halt jetzt zum Beispiel am Computer spielen wir ab und zu zusammen League of Legends oder wir spielen halt ab und zu Pokémon zusammen.“ (Ole, 29)*

Dies könnte einerseits daher rühren, dass kein kinderfreundliches Umfeld gegeben ist. Das bedeutet, es wird sich vermehrt in der Wohnung aufgehalten, da die Wohnumgebung ein Spielen im Freien nicht unbedingt möglich macht. Davon ist heutzutage häufiger auszugehen (Frick, 2009, 104) und trifft möglicherweise ebenfalls auf die befragten Kinder zu. Andererseits könnte vermutet werden, dass ein gemeinsames Rollenspiel bzw. eine gemeinsame Interaktion mit dem ADHS-Kind schwieriger erscheint, da es aufgrund negativen Verhaltens zu einer Unterbrechung des Spiels kommen könnte. Schlussfolgern ließe sich diese Annahme anhand einiger Geschwisteraussagen, die dieses Beispiel anführen.

*„Ja, manchmal kommt er in mein Zimmer, dann spielen wir was. Oder er hat einen Lego Teppich da oben und dann bauen wir was zusammen, Legos. Und dann zerstört er das eh wieder mit seinem Kampf, ...“ (Lina, 54)*

*„Eher selten. Das geht meistens nicht lange gut, da ihn schnell wieder irgendwas aufregt und dazu habe ich keine Lust. Wir haben ja auch ganz andere Freunde und meine Freunde sollen auch nicht mitkriegen, was bei uns so abgeht, das will ich nicht.“ (Anna, 29)*

Diese Aussagen zeigen beispielhaft auf, dass gemeinsame Aktivitäten nur begrenzte Zeit bis gar nicht möglich sind, da das ADHS-Geschwisterkind offensichtlich durch sein Verhalten ein (Weiter-)Spielen nicht zulässt. Dies deckt sich möglicherweise erneut mit den Aussagen von Mash und Johnston (1983), dass das Level negativer Verhaltensweisen im dyadischen Spiel mit ihren Geschwistern bei Jungen mit ADHS höher ausfällt.

Gemeinsames Fernsehgucken bzw. Computerspiele führen womöglich eher zu einem „ruhigen“, weniger konfliktbehaftetem Spiel.

Weitere Nennungen der interviewten Kinder und Jugendlichen zeigen auf, dass sie ebenfalls außerhalb des Zuhauses Zeit verbringen oder gemeinsam mit Freunden spielen.

*„Zum Beispiel in den Ferien macht er dann Lagerfeuer oder so mit Stockbrot. Oder wir gehen zusammen, machen zusammen eine Fahrradtour, wenn wir Zeit haben.“ (Milla, 31)*

*„Ja, entweder gehen wir irgendwie zusammen zu meinem Nachbarn und spielen mit ihm irgendwie Sachen oder im Sommer machen wir auch Wasserschlachten. Oder im Zimmer irgendwelche Sachen oder so. Ja.“ (Josy, 41)*

Zudem ist erwähnenswert, dass sich laut den Schilderungen einiger Schwestern eine positiv gestaltete, gemeinsame Zeit begünstigend auf das Verhalten des ADHS-Geschwisters und somit allem Anschein nach auch auf die Geschwisterbeziehung im Allgemeinen auswirkt.

*„Also wir backen gerne zusammen. Also, vor allen Dingen, wenn wir backen ist Linus immer richtig ruhig.“ (Lara, 41)*

*„Selber Spiele erfinden. (...) Und letztens war meine Freundin auch da, da haben wir zusammen verstecken gespielt und da war er auch nett.“ (Lucy, 21)*

Einige der befragten Kinder schilderten wiederum eher weniger bis keine gemeinsame Zeit zu verbringen. Dies wird einerseits als „traurig“ empfunden, da der Wunsch offensichtlich besteht

*„Ja, also ich finde es halt ein bisschen traurig, weil sie will auch nie mit mir rausgehen oder so. Also mit mir alleine.“ (Katrín, 73)*

oder eher als möglicherweise gleichgültig angesehen, da unterschiedliche Interessen vorhanden sind.

*„So gerade nicht, nein. Weil ich entweder Gitarre spiele oder mit meiner X-Box spiele und sie dann die ganze Zeit skyped, und dann können wir ja eigentlich nicht so wirklich zusammen viel machen (...)“ (Constantin, 77).*

An dieser Stelle sind klare Tendenzen bezüglich der Aussage von Frick (2009) zu erkennen. Dieser führt an, dass ein geringerer Altersabstand vermehrt gemeinsame Aktivitäten bzw. Interessen aufzeigt, wohingegen ein hoher Altersabstand eher ein geringeres gemeinsames Interessenfeld liefert. Erstgenanntes führe jedoch oftmals verstärkt zu Rivalitäten und Letztgenanntes sei stattdessen weniger konfliktbelastet (Frick, 2009, 103). Beides spiegelt sich ebenfalls in den Interviewaussagen in Bezug auf die Subkategorie wider.

#### 6.1.4 Streit mit dem Geschwisterkind

Im Rahmen der nun dargestellten Subkategorie geht es um die Darstellung von Streitsituationen mit dem ADHS-Geschwisterkind.

Die Äußerungen der Befragten bezüglich Konfliktsituationen stellten sich insgesamt als sehr ausführlich dar und hatten unterschiedlichste Ausprägungen. Die hohe Varianz und Ausführlichkeit der Antworten lässt offenkundig erscheinen, dass Konflikte innerhalb der Geschwisterbeziehung entweder insgesamt stark vertreten oder als sehr nachhaltig bzw. belastend empfunden werden. Bestätigung findet diese Annahme ebenfalls durch die in Punkt 4.8.4 angeführten Studien mit dem Fokus „Geschwisterbeziehungen bei ADHS“. Ergebnisse derer bestätigen ein signifikant höheres Konfliktpotential unter Geschwistern mit einem ADHS-Kind im Vergleich zur Kontrollgruppe (z. B. Mikami & Pfiffner, 2008). Eine häufige Nennung als Situation, in der es zum Streit kommt, war beim gemeinsamen Einnehmen von Mahlzeiten.

*„Meistens beim Essen. Da ist es sehr häufig, wenn wir halt, wir sitzen so schräg gegenüber, ich sitze so hier und er so dann da, so rechts gegenüber von mir. Und dann fängt er irgendwie an zu quengeln, ist halt hibbelig beim Essen, isst nicht schnell genug, will dann direkt wieder hoch und ja und dann wie ich schon gesagt habe, tritt er mich dann so, wenn ich meine Beine so ausgestreckt habe, dann geht das immer so / tritt er dagegen, jetzt geh da weg, regt er sich auf / und ja das war es eigentlich schon, also beim Essen ist es am häufigsten, sonst geht es eigentlich.“ (Anton, 43)*

*„Ich bin dann halt sehr genervt, wenn ich / will in Ruhe Essen und nervt der mich die ganze Zeit und ja dann ist er ununterbrochen fast nur am Reden und dann erzählt er irgendeinen Müll / und macht mich dann / nervt mich halt dann und jetzt sei doch mal endlich leise und dann, du hältst jetzt die Klappe / halt so, wie es halt ist.“ (Anton, 45)*

Ausschlaggebend für die Streitigkeiten während des Essens wird angeführt, dass es dem ADHS-Geschwisterkind nicht gelinge, sich motorisch ruhig zu verhalten. Dieses Benehmen hat offensichtlich Einfluss auf alle Familienmitglieder, was zu Unruhe, Geschrei und Streit führt. Bis hin zu dem Resultat, dass gemeinsame Mahlzeiten seitens einer befragten Schwester gemieden werden.

*„Und das ist meinen Eltern wichtig, dass wir Sonntagabends zusammen essen, aber das eskaliert jeden Sonntag, weil er jeden Sonntag, deswegen essen wir auch sonst nicht zusammen, weil er dann anfängt zu schreien, aber meine Eltern versuchen immer noch irgendwie, dass sie das irgendwie schaffen, mal zusammen zu sitzen, eine halbe Stunde, ohne dass das Geschrei*

*losgeht, aber das funktioniert eigentlich nicht so wirklich und deswegen fange ich jetzt auch an, Sonntagabends weg zu sein, einfach weil mir das irgendwann zu viel wird auf Dauer, also ich sehe ihn ja auch viel mehr als meine Eltern.“ (Amelie, 37)*

Dies stellt ein offenbar typisch hyperaktives Verhalten dar, wie es in zahlreicher Literatur symptomatisch beschrieben wird (z. B. Döpfner et al., 2013, 19). Ergänzend ist zu erwähnen, dass es insbesondere beim gemeinsamen Essen mit der Familie zu Gesprächen kommen könnte bzw. Probleme thematisiert werden, die teils auch das Kind mit ADHS einbeziehen. Zutreffend sei in diesem Fall möglicherweise die Aussage von Streeck-Fischer (2007, 281), dass Kinder mit ADHS unter ihrer oftmals geringen Ausdrucksfähigkeit leiden. Es falle ihnen schwer, ihr Inneres mitzuteilen, was sich wiederum in ihrem Handeln und ihrer Interaktion widerspiegelt. Zudem erwähnen die interviewten Kinder auffallend häufig, dass ein aggressives Verhalten des Bruders bzw. der Schwester zu Konflikten führt. Dies reiche von verbaler bis hin zu physischer Gewalt durch das ADHS-Geschwister. Ursächlich hierfür könnte sein, dass diese Störung in 50 % der Fälle mit einer „oppositionellen Störung des Sozialverhaltens“ einhergeht (Döpfner et al., 2013, 7).

Weitere Antworten nehmen eher Bezug auf alltägliche, verallgemeinernde Situationen. Hier schildert eine Schwester beispielsweise, dass es derzeit dauerhaft Konflikte gebe.

*„Ja, momentan verstehen wir uns gar nicht, weil der immer so blöd ist. Ich weiß nicht, wie ich das erklären soll, aber der tut, als wenn er der Chef, als würde der über jeden bestimmen und dann, also momentan geht es bei uns gar nicht.“ (Jana, 18)*

Eine Schwester beschreibt das Verhalten ihrer ADHS-Schwester zu Zeiten, in denen sie sich gar nicht verstehen.

*„Also sie motzt mich halt die ganze Zeit an. Ich darf dann nicht in ihr Zimmer. Ich darf ihr quasi gar nicht in die Quere kommen, sonst gibt es irgendwelche Zickereien.“ (Katrin, 9)*

Auch wird mehrfach genannt, dass sich Streitigkeiten zwischen den Eltern und dem ADHS-Kind auf das Familienklima und somit auch auf die Geschwister auswirken.

*„Manchmal wie gesagt, reicht meine Anwesenheit, wenn er gerade irgendwie schlechte Laune hat, weil er gerade Stress mit meinen Eltern hatte, komme ich nach Hause, da wird schon*



*rumgebrüllt, weil ich wieder da bin. Dann hat man auch irgendwie keinen Bock mehr und ich würde eigentlich am liebsten direkt wieder gehen.“ (Amelie, 17)*

Diese Schilderungen finden sich ebenfalls in der Studie von Smith et al. (2002) wieder. Deren Ergebnisse signifikante Zusammenhänge zwischen Verhaltenssymptomen, die mit einer ADHS assoziiert werden, sowie problematischer Familienbeziehungen lieferten. Auch Schilling et al. (2006) unterstreichen aufgrund ähnlicher Resultate die Notwendigkeit familienbasierter Maßnahmen. Ihren Ergebnissen zur Folge bestehe ein hoher Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad des hyperaktiven Verhaltens des Kindes und dem psychischen Wohlbefinden der anderen Familienmitglieder.

Zudem werden Äußerungen über Gewaltanwendungen des ADHS-Bruders getätigt, die dem Geschwisterkind Angst bereiten.

*„Er hat auch viel geschrien, er hat auch, war auch vorher zwischendurch körperlich aggressiv. Also er hat dann auch teilweise, mein Bruder ist inzwischen größer als ich und um einiges stärker, weil er verdammt viel Sport macht und dass er mich dann teilweise am Arm festgehalten hat oder auch nicht mehr losgelassen hat und dann kriegt man schon ein bisschen Schiss.“ (Amelie, 11)*

*„Da haben wir fangen gespielt und irgendwann hatte er keine Lust mehr. Dann hat er mich getreten. Dann habe ich den zurück getreten. Dann hat er mich auf den Boden gelegt und ist zweimal auf meinen Arm gesprungen.“ (Jens, 35)*

Auch kommt es laut Aussage einer Schwester zu obszönen Beleidigungen, wie z. B.

*„Er sagt irgendwie, ich bin ein Hurensohn oder so.“ (Ann-Kathrin, 70)*

Weitere Angaben beschreiben Konflikte, die aus einem stressigen Schulalltag heraus resultieren und in den Ferien deutlich abnehmen.

*„Aber jetzt nicht so oft. Was mir aber auch aufgefallen ist, zum Beispiel in den Ferien verstehen wir uns viel besser, als wenn wir Schule haben beide, weil wenn wir Schule haben, wir sind beide total gestresst, weil wir mit den Hausaufgaben. Er kann es halt nicht so gut machen. Er muss sich immer total konzentrieren und meine Mutter verliert auch manchmal die Nerven und das ist immer so anstrengend, wenn ich dann noch gestresst bin und wieder so für Arbeiten lernen muss und dann, ja dann passiert es schon mal, dass wir uns dann sehr doll streiten wegen so einer richtigen dummen Sache, die überhaupt nicht nötig ist.“ (Lara, 13)*

Diese Angaben würden für die hohe Auswirkung der Schule und des Lernens auf den Ausprägungsgrad der hyperkinetischen Symptomatik sprechen. Döpfner et al. (2013, 20) zeigen unter anderem hierzu eine Verstärkung der Verhaltensauffälligkeiten mit Schulbeginn auf. Weiterhin könnten psychodynamische Ansätze hierfür eine Erklärung liefern. Ahrbeck (2007, 7) beschreibt beispielsweise den großen Einfluss sich beschleunigender Lebensverhältnisse sowie Zeitverknappung als eine mögliche Ursache für die ADHS-Problematik. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass in den Ferien im Allgemeinen mehr Ruhe und weniger Druck vorherrscht, was sich begünstigend auf das Verhalten der Kinder auswirken könnte.

Zudem kam es wenige Male vor, dass bagatellisierende Antworten gegeben wurden, d. h. es wurde dem Thema keine besondere Bedeutung zugeschrieben und Streit als „normal“ unter Geschwistern erachtet.

*„Wir streiten uns halt auch, aber das machen ja eigentlich alle Geschwister so.“ (Melanie, 6)*

In Bezug auf die Frage nach den Ursachen für einen Streit ergaben sich interessante Antworten. Vielfach äußerten Geschwisterkinder, dem ADHS-Kind mangle es offensichtlich an empfundener Aufmerksamkeit durch die Familienmitglieder. Es wurde angenommen, dass das negative Verhalten eingesetzt wird, um ins derzeitige Geschehen einbezogen zu werden.

*„Ja, ich glaube er möchte halt so ein bisschen bei Mama punkten und so ein bisschen besser da stehen. Das könnte ich mir so vorstellen. Weiß ich nicht. Und wenn ich mit meiner Mama rede, zum Beispiel beim Esstisch, wenn ich ihr dann erzähle, wie der Tag war, dann redet er auch mal dazwischen und dann sage ich ihm, er soll jetzt mal aufhören und dann macht er das irgendwie die ganze Zeit. Ich glaube er (...) zum Beispiel wenn wir, also wenn meine Mutter und mein Vater und ich einfach unten sind und er spielt da oben, dann meint er rumzuschreien, damit alle ihn hören und damit ja, damit alle wissen, dass er noch lebt und ja, sozusagen/ und halt schreit da rum und ja. Damit er Aufmerksamkeit kriegt.“ (Lina, 114)*

*„(...) kann das nicht ganz ertragen, wenn ich mit meiner Mama rede. Er dann gerade nicht im Mittelpunkt steht.“ (Jana, 112)*

*„(...) wenn wir nicht zusammen spielen, dann kommt es öfters zum Streit.“ (Ole, 31)*

*„(...) er braucht einfach Aufmerksamkeit, glaube ich.“ (Lina, 7)*

Wie bereits von Streeck-Fischer (2007, 281) beschrieben, könnte dies ggf. aus einem Mangel an verbaler Ausdrucksfähigkeit dieser Kinder resultieren. Da sie möglicherweise nicht in der Lage sind, sich adäquat an Gesprächen zu beteiligen, bringen sie womöglich ihre derzeitige, innere Notlage auf diese Weise zum Ausdruck. Fraglich erscheinen die Auswirkungen des seitens der Geschwister als störend erlebten Verhaltens für die selbigen. Sie werden offensichtlich in solch einer Situation in dem Austausch mit ihren Eltern unterbrochen, was ggf. zur Unterdrückung der Kommunikation eigener Belange führt. Görres (1987, 46) schildert in dem Zusammenhang, dass dies oftmals problematische Auswirkungen für Geschwister behinderter Kinder haben kann, da ihnen die Aufmerksamkeit der Eltern durch die erhöhten Bedürfnisse des Geschwisters nicht ausreichend zuteilwird. Diese Schwierigkeit könnte auch in diesem Fall vergleichend bestehen.

Als ein weiterer Aspekt wird von den Befragten direkt die Krankheit „ADHS“ als Ursache für Streit angegeben. Ein Teil der Geschwister war der Ansicht, die Diagnose als Entschuldigung für negatives Verhalten zu bezeichnen, sei nicht gerechtfertigt und sie drückten somit ihren Unmut darüber aus.

*„Ja, bis zu einem bestimmten Punkt kann ich das halt verstehen, aber da halt sehr viel dann immer auf das ADHS bezogen wird, egal was der macht, finde ich das halt dann immer total doof, weil ich dann irgendwann auch weiß, dass es gar nicht deswegen ist, weil es ist ja normal bei so kleinen Kindern. Ja, aber meine Eltern sagen mir dann immer, dass es davon kommt.“*  
(Jana, 116)

*„Ja, er sagt dann immer ja, mache ich. Dann macht er es aber immer noch nicht. Und sagt dann immer ja, wenn das mal zum größeren Streit wird, dann sagt er immer ja, ich habe aber ADHS. Dann sage ich ja, das hat aber nichts mit deiner Krankheit zu tun. Das ist eine Lernkrankheit, aber er schiebt das halt meistens immer alles auf seine Krankheit.“* (Stefan, 17)

*„...mein Bruder verteidigt sich halt damit, dass er halt diese Krankheit hat und dass wir ihn provozieren würden.“* (Amelie, 19)

Die Eltern oder auch das ADHS-Geschwisterkind selber erwarteten, den Schilderungen zur Folge, Einsicht. Ein weiterer Teil der interviewten Kinder hegte eigens Verständnis für das Verhalten des hyperaktiven Bruders/der hyperaktiven Schwester und wies dem Geschwisterkind somit keine direkte Schuld zu.

*„Aber er kann ja auch nicht viel dafür, das macht ja nun mal seine Krankheit.“* (Anna, 5)

*„Also ich glaube, dass es ein Aussetzer ist. Ich glaube nicht, dass er in dem Moment merkt, was er da tut. Er entschuldigt sich auch nachher immer und er meint es ja auch wirklich ernst, deswegen glaube ich nicht, dass der in dem Moment denkt, ha, jetzt bin ich mal aggressiv gegen andere. Ich glaube, dass er ist wirklich einfach so leicht reizbar, dass er dann sofort explodiert und dann weiß er glaube ich gar nicht mehr, was er tut oder sagt.“ (Amelie, 51)*

*„Natürlich denkst du dir manchmal, ja, hör doch mal auf damit, aber ist halt so. Kann er ja nichts für.“ (Lara, 5)*

Ersteres kann sich als problematisch erweisen, wenn der Bruder bzw. die Schwester ohne ADHS, insbesondere seitens der Eltern, dazu angewiesen wird, jegliche Aggression zu unterdrücken. Achilles (2013, 92) führt passend hierzu beispielsweise an, dass es begünstigend für die Entwicklung gesunder Geschwisterkinder ist, wenn negative Emotionen dem Bruder oder der Schwester gegenüber zugelassen und geäußert werden dürfen. Durch eine geforderte Rücksichtnahme, so die Autorin, sowie eine unterdrückte Aggression, kann die Mitteilung von Bedürfnissen des Kindes an die Eltern noch weiter beschränkt sein. Letztlich bestehe das Risiko, dass der Kontakt zwischen Geschwisterkind und Eltern unzureichend intensiv ist (Achilles, 2013, 46). Selber Verständnis für das negative Verhalten aufbringen und die ADHS als Erklärung sehen, kann sowohl negative als auch positive Aspekte für die Geschwister beinhalten. Einerseits ist die Unterdrückung der negativen Emotionen womöglich bereits so stark, dass diese gar nicht mehr getraut werden zu äußern, was eben Genanntes zur Folge hätte. Andererseits könnte sich diese Einstellung begünstigend auf die Geschwisterbeziehung auswirken. Möglicherweise kann hier ein Vergleich zu den Schilderungen von Summers et al. (1994) in Bezug auf Geschwister behinderter Kinder gezogen werden. Diese äußern, dass das Aufwachsen mit einem behinderten Geschwisterkind positive Effekte auf das gesunde Kind haben kann, wie insbesondere eine Förderung von Toleranz und Mitgefühl.

Weiterhin gab es Antworten, bei denen erst einmal vordergründig nicht die Störung als Ursache benannt wurde, sondern andere Gründe als Erklärungen Darlegung fanden. Diese befanden sich jedoch in der Minderheit.

*„Weil Sina ihre Tage hat. Weil die in der Pubertät ist.“ (Constantin, 88)*

*„Keine Ahnung, vielleicht bin ich ihm ein Vorbild, weil ich vielleicht mehr Freunde habe oder was auch immer, keine Ahnung.“ (Josy, 37)*

*„Das liegt wahrscheinlich auch an dem Alter und an der Schule und sowas.“ (Anton, 157)*

Folgende Aussage veranschaulicht zum Ende hin einen häufig auftretenden Aspekt im Rahmen der Interviews.

*„Ich glaube, dass, also ich weiß es nicht so genau, also das finde ich wirklich schwierig, warum weiß ich eigentlich nicht. Vielleicht liegt es daran, dass er denkt, egal wie ich Zuhause ausraste, die müssen mich lieben oder sie lieben mich sowieso und dass er es sich Zuhause mit den Leuten, damit richtig verscherzen könnte und irgendwann allein dastehen würde und vielleicht weiß er einfach das es Zuhause nicht so ist. Weiß nicht, am Ende wird ja auch immer wieder alles gut, bis es wieder von vorne los geht.“ (Amelie, 91)*

Zahlreiche Geschwister äußerten, dass sich der Streit immer wieder aufs Neue legt und alles erst einmal wieder gut ist, jedoch mit dem Bewusstsein, es kommt bald erneut zu einer Auseinandersetzung.

#### **6.1.5 Konfliktlösestrategien**

Nachdem im vorangegangenen Punkt auf unterschiedlichste Streitsituationen eingegangen wurde, befasst sich diese Kategorie mit den verschiedenen Konfliktlösestrategien im Rahmen der Geschwisterbeziehung.

Als eine am häufigsten auftretende Reaktion der interviewten Geschwisterkinder auf eine Streitsituation kann der „Rückzug“ genannt werden.

Auffallend zeigte sich, dass es laut Schilderungen der Befragten, nach der Zeit des Rückzugs, zu einer Entspannung der Situation kam, d. h. sich das Verhältnis wieder normalisierte.

*„..., ich bleibe dann erstmal im Zimmer und hinterher vertragen wir uns dann wieder.“ (Milla, 27)*

*„Da gehe ich in mein Zimmer und er bleibt dann da, wo er war oder so. Und dann mache ich so meine Dinge und dann am Abend ist wieder immer alles ganz normal.“ (Lucy, 51)*

*„Ja, meistens gehe ich dann in mein Zimmer, höre ein bisschen Musik, reagiere mich ab und dann klingelt es meistens. Jetzt mach die Musik etwas leiser, bin ich natürlich wieder sauer / aber sonst, ja, eine Viertelstunde, dann geht es wieder, dann komme ich wieder runter.“ (Anton, 86)*

Diese Gegebenheit würde sich ebenfalls mit den Erkenntnissen aus der Studie von Schilling et al. (2006, s. Punkt 4.9.3) decken. Die Autoren kamen im Rahmen ihrer Forschung zu dem Ergebnis, dass das Ausmaß des Verhaltens des ADHS-Kindes mit einem sozialen Rückzug der Geschwister einhergeht (Schilling et al., 2006, 293).

Folgende Äußerung einer Schwester zeigt auf, wie sie Unterstützung seitens der Mutter erfährt. Sie bekommt die Möglichkeit eingeräumt, durch das Abschließen des Zimmers ein erneutes Stören durch den Bruder zu verhindern.

*„Wenn es zu schlimm wird und ich keine Lust mehr darauf habe, dass der irgendwie was macht, dann schließe ich mich auch in meinem Zimmer ein. Meine Mama hat mir dafür extra auch den Schlüssel gegeben, damit er mich irgendwann auch mal in Ruhe lässt.“ (Josy, 13)*

Betont wird jedoch das Öfteren von den Befragten, dass sie das Verhalten des Geschwisters, was in einen Konflikt mündet, zwar verzeihen, jedoch nicht vergessen. Welche späteren Auswirkungen dieses „nicht vergessen“ möglicherweise nach sich zieht, verbleibt erst einmal unklar. Spekulativ könnte es zu Vorwürfen im frühen bis späten Erwachsenenalter führen, da die Gefahr besteht, dass das ADHS-Geschwisterkind für später auftretende psychische Probleme des Kindes ohne Diagnose verantwortlich gemacht wird. Ein weiterer Teil, jedoch eher die Minderheit, schilderte sich gegenüber ihrem Bruder bzw. ihrer Schwester aktiv zu wehren. Beispielsweise durch Rausschmiss aus dem Zimmer. Kinder, die diese Art der Konfliktlösung angaben, sind offenbar in der Lage, negative Gefühle gegenüber dem Geschwisterkind zuzulassen, was sich, wie bereits erwähnt, begünstigend auf die Entwicklung auswirken kann. Zudem wird bei diesen Befragten ein allgemein eher gelassener Umgang mit Streit sowie ADHS-Symptomen verzeichnet.

Die Aussage einer erst 9-jährigen Schwester war in dem Zuge besonders bemerkenswert.

*„Dann bin ich in mein Zimmer gegangen und war sauer“ (...) „Ich habe mich einfach nur aufs Bett gesetzt (...) und habe dann über den Lars nachgedacht.“ (Larissa, 71/73)*

Zahlreich vertreten war zudem der „Fluchtweg“ nach draußen oder zu Freunden.

*„Ja, ich habe mich am meisten mit meinen Freunden getroffen oder so, mach ich jetzt auch. Ich gehe eigentlich auch aufs Zimmer, aber wenn dann suche ich meistens noch irgendwie einen*

*Ausweg, nach Draußen oder mit Freunden irgendwie weg gehen oder so (...) Damit es nicht eskaliert.“ (Anton, 134/138)*

Allem Anschein nach, besitzen Freunde im Rahmen der Konfliktlösung einen protektiven Faktor und werden vielfach als „Fluchtpunkt“ angesehen. Das Vorhandensein freundschaftlicher Beziehungen stellt laut Frick (2009, 118 ff.) eine Ressource dar, die zur Stärkung des Selbstwertgefühls dient und die Möglichkeit einräumt, Bedürfnisse anteilhaft zu befriedigen.

Einen besonderen Umgang, der mit „Resignation“ und möglicherweise „Angst“ einhergeht, zeigt die Aussage einer Schwester.

*„Ja, ich schaff das eigentlich schon eine Zeit lang, also man trainiert sich das irgendwie an nach einer Weile. Lass ich mir einfach nichts anmerken und gehe einfach und hoffe einfach, dass er mir nicht folgt. Zumindest ist er nicht mehr handgreiflich gegen mich oder meine Tür geworden, weil das ist auch mal passiert bei uns.“ (Amelie, 67)*

In gehäufte Form waren Antworten zu finden, die ein schnelles Verzeihen der unangenehmen Taten sowie Worte des Geschwisters mit ADHS aufzeigen. Als relevant zeigt sich hierbei jedes Mal der Aspekt, dass die interviewte Person sich über ein erneutes Vorkommen des negativen Verhaltens in der Zukunft im Klaren ist. Zwar werde verziehen, jedoch oftmals nicht vergessen.

*„Ich versuche ihm ins Gewissen zu reden. Ich sage ihm immer, ja, warum bist du immer so gemein zu mir und das ist nicht fair und halt solche Sachen und keine Ahnung, es dauert zwar immer eine Weile, aber wenn das einmal zu ihm durchdringt, dann kommt er immer glücklich und total wie so ein Hund, mit eingezogenem Schwanz in mein Zimmer und entschuldigt sich dafür und dann kann ich auch nicht sagen nee, nehme ich nicht an, kann ich nicht machen. Und dann ist eigentlich alles wieder gut (...) Das Problem ist halt, er beteuert immer, er macht so was nie wieder und ich glaube wirklich, dass er das wirklich so meint, nur funktioniert das halt nicht so, dann denke ich manchmal nee, dem verzeihe ich nie wieder, aber das geht auch nicht. Ich meine, er ist mein Bruder und das kann ich nicht. Ich meine, wir wohnen zusammen unter einem Dach, das geht nicht. Nach einer Weile ist eh wieder alles gut. Ich weiß nicht, irgendwie könnte ich nicht ewig auf ihn sauer sein.“ (Amelie, 81)*

*„Wir vertragen uns eigentlich dann(...), also wenn es jetzt spät ist, und wieder morgens ist, dann ist ein neuer Tag und der Lars vergisst das alles und ich aber nicht so. Aber ich tue so, als ob ich das vergessen habe.“ (Ann-Kathrin, 136)*

*„Ich gebe dem Lars einfach jeden Tag eine neue Chance.“ (Ann-Kathrin, 140)*

*„Ach, das geht eigentlich ganz schnell, weil irgendwie vergisst er manchmal eigentlich, was er getan hat und dann geht das eigentlich schnell vorbei (Lina, 31) (...) Aber ich kann das wieder aufrufen. Ich kann das wieder, ich habe das abgespeichert sozusagen.“ (Lina, 36)*

*„Ich geh halt einfach weg und irgendwann will er wieder was und dann ist gut. Ich bin dann zwar immer noch wütend, weil er ja meistens so beleidigend ist, aber er kann eben nicht anders und dann verzeih ich ihm. Auch wenn ich weiß, dass es am nächsten Tag weiter geht.“ (Anna, 25)*

*„Am nächsten Tag, dann sagt mein Bruder immer, sollen wir uns vertragen? Dann sage ich manchmal ja (...) Weil dann am nächsten Tag sagt der Nick eh wieder/ also dann streiten wir uns wieder (...) Deswegen sage ich manchmal nein.“ (Merlin, 84/92/94)*

Nach Wiederannäherung beschrieben die interviewten Geschwister oftmals, dem Bruder bzw. der Schwester zu vergeben. Das ADHS-Kind beruhige sich schnell wieder und sei sich dem Ausmaß seines Verhaltens in aller Regel gar nicht mehr bewusst, geschweige denn es zeige Einsicht. Hier wird erneut deutlich, dass bei ADHS-Kindern offenbar ein Mangel an empathischem Verständnis vorliegt, was dazu führt, dass ihr eigenes Verhalten oft unreflektiert, sprachlos und für sie ohne Bedeutung bleibt (Streeck-Fischer, 2007, 281). „Verzeihen“ seitens der gesunden Geschwister zeigte sich als ein wesentlicher Aspekt im Rahmen des Lösens von Konflikten, was sich in der Regel nach dem „Rückzug“ ankündigte. Dies könnte womöglich daher resultieren, dass Geschwisterkinder, wie bereits oben genannt, von Brüdern oder Schwestern mit Beeinträchtigung ein verstärktes Maß an Verständnis und Toleranz hegen. Ein ergänzender Faktor wären unter Umständen die Äußerungen von Kasten (1993). Der Autor beschreibt, dass Geschwisterbeziehungen „schicksalhaft“, nicht frei wählbar seien. Es bestünden ausgeprägte, ungeschriebene Verbindlichkeiten, die sich anhand von solidarischem, hilfsbereitem Verhalten charakterisieren lassen. Charakteristisch sei zudem eine starke emotionale Ambivalenz, d. h. ein paralleles Vorhandensein von intensiven positiven als auch negativen Gefühlen (Kasten, 1993). Diese Aussagen sind möglicherweise ebenfalls gut auf die interviewten Kinder übertragbar und erklären ihre teils sehr ambivalenten Schilderungen in Bezug auf die Gefühle gegenüber ihrem Geschwisterkind mit ADHS.

Andere Geschwister wiederum zeigen sich eher aktiv wehrend, indem sie den Bruder oder die Schwester aus ihrem Zimmer befördern. Dieses Verhalten der Geschwister



traf jedoch in der Regel zu (bis auf eine Ausnahme), wenn es sich bei dem ADHS Kind um einen kleineren Bruder handelt.

*„Also wenn er nicht rausgehen möchte, dann schiebe ich ihn halt so raus und der findet das dann lustig und lässt sich dann so rausschieben. Und dann schiebe ich ihn halt in den Flur und dann mache ich die Tür zu.“ (Melanie, 142)*

*„Nach dem einen oder anderen Mal. Manchmal muss ich ihn auch dann sozusagen so schieben, so rausdrücken, weil er immer so ganz stur ist. Aber sonst ist das ganz normal.“ (Stefan, 33)*

*„Halt entweder ich mache die Tür zu oder schicke ihn die ganze Zeit raus oder gehe danach einfach zu meiner Mutter.“ (Ole, 13)*

*„(...) Sina rausschmeißen aus meinem Zimmer, wenn sie bei mir ist oder wenn ich bei ihr bin, rausgehen (...) Und dann knalle ich die Tür zu und dann schließe ich sie ab oder manchmal nur, weil sonst kommt Sina immer wieder rein.“ (Constantin, 51)*

Geschwister, die diese Art von Konfliktlösung benannten, zeigten im Allgemeinen eine positive Einstellung ihrem Geschwisterkind mit ADHS gegenüber. Möglicherweise erweist sich hierbei das erlaubte Zulassen negativer Emotionen dem Bruder gegenüber als begünstigender Faktor für die Beziehung der Geschwister (wie beispielsweise auch beschrieben von Achilles, 2013, 92).

In anderen Fällen fungierten die Eltern als „Streitschlichter“. Sie mischten sich entweder von selbst ein oder wurden zur Hilfe geholt. Dies erwies sich, laut Aussagen der Geschwister, als produktiv bzw. konfliktlösend.

*„Indem unsere Eltern sich einmischen (...) Also kommt jemand hoch und dann fragen, die was los ist und ja, dann klären die das.“ (Constantin, 56, 58)*

*„Also der, der dann so großartig angefangen hat, also manchmal ich, manchmal mein Bruder, bei dem entschuldigt man sich dann. Oder meine Mutter kommt dann und sagt, dass es jetzt erstmal ein Ende haben soll und dass wir uns entschuldigen sollen (...)“ (Maria, 49)*

*„Ja, Mama hat uns dann immer auseinandergebracht und dann war es eigentlich alles wieder okay.“ (Lara, 30)*

In Anlehnung an Frick (2009, 157 ff.), kann das Nichtmeiden von Auseinandersetzungen der Kinder seitens der Eltern, eine aufsteigende Konkurrenz der Geschwister im günstigen Fall verhindern und ist somit als begünstigend zu werten.

Zwei Schwestern gaben an, dass auch sie ihr eigenes Verhalten offensichtlich reflektieren und bereit für eine Entschuldigung sind und den Streit somit beenden möchten.

*„Auch so ein bisschen zickig so. Also, ich werfe dann auch schon die Türen zu, aber ich lege mich dann in mein Bett, beruhige mich erstmal und dann gucke ich nochmal, was da wirklich so schlimm war und entschuldige mich dann auch bei dem, dass ich so blöd rüber gekommen bin.“  
(Maria, 67)*

*Irgendwann komme ich dann halt zu ihr und sage halt, dass es mir leidtut (...) Oder wir vergessen es einfach (...) Weil ich keinen Streit haben möchte, weil ich sie ja auch lieb habe.“  
(Katrin, 21/23)*

Wie anhand der o. g. Aussagen ersichtlich wird, kommt es ebenfalls seitens der befragten Geschwister zu einer Einsicht beim Streit und damit einhergehend zu einer Entschuldigung ihrerseits. Auch dies scheint sich positiv auf die Beziehungsgestaltung auszuwirken, denn auch im Rahmen weiterer Aussagen dieser Geschwister zeigte sich eine positive Bewertung der Geschwisterbeziehung.

#### **6.1.6 Einfluss von Medikamenten**

Folgender Punkt beinhaltet die induktiv erarbeiteten Subkategorien, d. h. die Frage nach dem Einfluss von Medikamenten auf das Geschwisterkind wurde, wie bereits erwähnt, nicht in den Fragebogen des Leitfadeninterviews aufgenommen. Dies war jedoch beabsichtigt, da nicht immer ausreichend Wissen vorhanden war, inwieweit der / die Befragte über die Medikamenteneinnahme des ADHS-Geschwisters Kenntnis hat. Im Verlauf der Interviews äußerten sich jedoch acht der zwanzig Kinder eigenständig zu diesem Thema. Somit erschienen Angaben diesbezüglich als äußerst relevantes Merkmal.

Demnach ist der Einfluss von Medikamenten, auch in Bezug auf die Geschwisterbeziehung, nicht von der Hand zu weisen. Sieben der acht Geschwister erwähnten, einen positiven Effekt der Medikamenteneinnahme ihres ADHS-Geschwisters zu bemerken. Angeführt wurde hier beispielsweise die wahrgenommene Linderung der Kernsymptome (s. Punkt 4.2) dieser Störung.

*„...aber wenn er Medikamente nimmt, dann ist der ganz normal oder sogar noch besser. Sag ich mal als andere Menschen.“ (Milla, 3)*

*„Am Wochenende nimmt er die glaube ich. Denn da ist er jedenfalls ziemlich nett.“ (Milla, 103)*  
*„Ich schätze mal, also früher war das dann/ da war das ja noch nicht so ganz offenbar, dass er diese Krankheit hat so. Hatte er früher noch keine Tabletten dagegen. Ja, und er kriegt halt jedes Jahr neue, also immer stärkere. Und dann wird er auch immer ruhiger.“ (Stefan, 49)*  
*„Er wird dann halt ruhig (...) er muss die immer so nach dem Frühstück nehmen und dann müssen die erst einwirken. Da ist er immer noch so ein bisschen laut und kann halt die Nerven ein bisschen reizen. Aber nach dem Tag, mittags, ist er dann immer ganz ruhig, kann mit ihm ruhig reden, Spaß haben und so normalen Tagesablauf.“ (Stefan, 50/51)*

Diese Wahrnehmung der Geschwister deckt sich mit den Erkenntnissen von Haubl und Liebsch (2010, 205 & s. Punkt 4.8.2). Diese kamen u. a. zu dem Resultat, dass sich durch den Einfluss der Medikamente die Beziehungen zu Bezugspersonen entspannter gestalten. Nach Aussagen der befragten Kinder hat die Medikation des Bruders einen positiven Effekt auf die Beziehungsgestaltung. Auf die Frage hin, was passiere, wenn die Tabletten nicht genommen werden bzw. die Wirkung nachlasse, waren die Antworten sehr eindeutig. Ein deutlich negativer Affekt in Bezug auf das Verhalten des ADHS-Kindes sei, laut Schilderungen vieler Geschwister, zu verzeichnen.

*„Dann wenn man dann irgendwie merkt, die Tabletten, die wirken nicht mehr so viel, so fünf Uhr oder so, drei, vier Uhr, ja dann wird er sehr anstrengend.“ (Anton, 156)*  
*„Da ist der dann meistens, wenn er nach Hause kommt, nicht ganz so aufgedreht. Also in der Schule weiß ich jetzt nicht. Er ist halt ziemlich in der Zeit weg, wo die Tabletten halt dann wirken gerade. Das kann ich nicht so gut sagen, aber meistens ist er dann nicht so richtig aufgedreht. Also er meistens immer ruhig. Und wird am Abend dann, wenn es nachlässt, ist er dann wieder.“ (Mika, 62)*  
*„Bis um drei Uhr ungefähr geht's noch, aber dann lässt die Wirkung nach und er kann sich nicht mehr gut konzentrieren, dann gibt es auch Zuhause wieder Streit.“ (Anna, 62)*

Die offensichtlich hohen Auswirkungen einer Medikation veranschaulicht die Antwort einer Schwester auf die Frage hin, wie die eigene Reaktion sei, mit dem Wissen, der Bruder habe die Medikamente nicht genommen.

*„dann bleibe ich lieber erstmal im Zimmer.“ (Milla, 99).*

Fraglich im Rahmen dessen wären die Situation und das vorherrschende Konfliktpotential, wenn das ADHS-Kind überhaupt keine Medikamente nehmen würde. Die Aussagen der Geschwister legen die Annahme nahe, dass es möglicherweise in

dem Fall zu weitaus mehr bzw. gravierenderen Streitigkeiten kommen würde. Somit ist auch hier, zumindest bei einigen der Befragten, der hohe Einfluss einer Medikation bei ADHS auf die Beziehungsgestaltung nicht von der Hand zu weisen.

Weitere Aussagen lassen deutlich werden, dass die Medikation des ADHS-Kindes aus Sicht der Geschwister eine leistungssteigernde Wirkung besitzt, die ein Vorankommen in der Schule begünstigt. Ein Unterschied des Verhaltens im häuslichen Umfeld wird in diesem Zusammenhang nicht angemerkt.

*„Für die Schule würde ich sagen, bräuchte er die. Für Zuhause eigentlich nicht so. Deshalb kriegt er die nur für die Schule und dann meistens Wochenende kriegt er die nicht.“ (Mika, 68)*

*„Aber das war, er hat ja einmal ausgesetzt mit den Tabletten, aber das glaube ich, da hat er weniger geschafft. Und seitdem er die jetzt wieder nimmt, da schafft er mehr. So wie ich das weiß.“ (Mika, 109)*

*„Er schafft es. Mit den Tabletten schafft er es. Aber ich glaube, ohne wäre das ein bisschen schwer für den.“ (Mika, 210)*

Noch unklar bzw. nicht eindeutig nachvollziehbar ist der Einfluss von Medikamenten bei den anderen zwölf interviewten Geschwistern, da es im Interview keine Erwähnung fand. Fakt jedoch ist, dass alle zwanzig ADHS-Geschwister eine Medikation erhalten.

#### **6.1.7 Gegenseitige Hilfe**

Im Rahmen des nun angeführten Punktes wird Bezug auf die Frage genommen, in welchen Situationen die Geschwisterkinder sich gegenseitig helfen bzw. unterstützen. Auch hierbei ergab sich erneut eine große Varianz in den Antworten. Es ging jedoch deutlich aus den Antworten hervor, dass die interviewten Geschwister subjektiv häufiger in die „Helferrolle“ geraten als die ADHS-Kinder.

Beispielsweise kam es vermehrt zu Aussagen älterer Geschwister, dass sie den jüngeren Bruder in bestimmten Situationen unterstützen bzw. ihm helfen. Eine Schwester nannte diesbezüglich beispielhaft, sie verspüre einen „Beschützerinstinkt“.

*„Und wir reden halt auch miteinander oder das ist halt auch so, wenn er jetzt irgendwas hat, dann kümmere ich mich halt auch um ihn. Das ist halt so ein bisschen so ein Beschützerinstinkt, bei so kleineren Geschwistern.“ (Melanie, 8)*

Weiterhin gab es vermehrt Äußerungen hinsichtlich schulischer Schwierigkeiten des ADHS-Geschwisters. Hier gaben einige der Befragten an, zu unterstützen.

*„Ich helfe ihm regelmäßig bei den Hausaufgaben, wenn er von der Schule kommt, helfe ich ihm mal ab und zu, wenn er was nicht versteht und ja,...“ (Stefan, 41)*

*„Ich habe einen sehr guten Mathelehrer auch. Und da sind wir schon ganz weit. Und dann kann ich ihm vielleicht auch manchmal was erklären.“ (Milla, 65)*

*„Ja, zum Beispiel wenn er Hausaufgaben macht und er, also meine Mutter ja dann zum Beispiel gerade einkaufen ist oder so und dann fragt er mich auch, ja, kannst du mir mal helfen, ich verstehe das nicht. Und dann erkläre ich ihm auch manchmal Sachen und so. Und ja, also das war es eigentlich. Also helfen, also irgendwie/ also klar hilft man sich manchmal untereinander wenn man so irgendwelche Probleme hat oder so, aber meistens helfe ich ihm halt, weil ich auch älter bin und so. Also er kann mir jetzt irgendwie nicht so viel helfen, aber ist halt so.“ (Lara, 45)*

Begründungen für die verstärkte Unterstützung des ADHS-Kindes seitens des Bruders bzw. der Schwester könnten ggf. sein, dass das Geschwister mit vorliegender Störung zum einen tendenziell mehr Probleme in Punkto Schule, soziale Beziehungen etc. besitzt als das gesunde Kind (Döpfner et al., 2013, 1). Zum anderen wäre das oftmals fehlende Empathieverständnis bei ADHS-Kindern (Streeck-Fischer, 2007) als Ursache zu verstehen. D. h. das geringere Vorhandensein von Einfühlungsvermögen lässt es den Kindern womöglich erschwert zu, die Belange anderer zu erfassen und hilfreich zu intervenieren. Häufig von den insbesondere älteren befragten Geschwistern angeführt war die Einnahme der „Unterstützer- und Verteidigerrolle“. Wie bereits erwähnt, geht Frick (2009) darauf ein, dass insbesondere ältere Geschwister diesen Part oftmals übernehmen.

Eine ältere Schwester gibt zudem an, sie strahle mehr Ruhe bei der Hausaufgabenhilfe aus als die Mutter. Dies habe, ihrer Äußerung zur Folge, eine harmonisierende Wirkung.

*„Ja, dann verstehen wir uns eigentlich ganz gut. Dann hört er mir auch zu, wenn ich irgendetwas von ihm möchte. Also ich finde das ist dann harmonischer, als wenn er mit meiner Mama Hausaufgaben macht, weil sie dann halt auch mal so genervt ist von ihm, weil er das nicht versteht, weil also er versteht das nicht direkt immer alles. Er braucht immer so ein paar Anläufe und dann wird die halt immer ein bisschen so, also nicht gereizt, halt bisschen genervt davon. Ich dann halt nicht irgendwie. Also ich erkläre ihm das dann halt ein paar Mal, bis ich*

*dann irgendwann auch genervt bin, aber halt nicht so schnell. Deswegen ist es dann halt, finde ich, ein bisschen harmonischer.“ (Stefan, 106)*

Seiffge-Krenke (2004) führt hierzu passend an, dass Studien zur Folge eine soziale Unterstützung durch Geschwister eher von Kindern angenommen werden kann, da eine Beziehung unter Gleichen besteht. Die Identifikation mit dem Geschwisterkind besitze einen Vorteil, so die Autorin, da es dem Kind in Bezug auf Stärken und Schwächen vergleichbarer erscheint als die Eltern und somit weniger bedrohlich wirke.

Auch im Punkto Hilfe bei „Mobbing“ durch Peers schilderten die interviewten Kinder des Öfteren Hilfestellung zu geben.

*„Er wurde auch zeitweise gemobbt in der Schule. Da ist er auch zu mir gekommen. Dann bin ich zu meinen Eltern gegangen, weil er das nicht machen wollte und dann haben wir das auch geregelt gekriegt mit der Schule. Und das ist für mich immer wirklicher Beweis, dass er mir wirklich vertraut, dass er mit solchen Sachen immer zu mir kommt, das hat er immer schon getan und egal wie gemein ich manchmal sein kann, wenn er ausrastet oder wenn er mal ausgerastet ist, er kommt immer wieder zu mir und das finde ich wirklich toll.“ (Amelie, 71)*

*„Und er konnte ja auch immer zu mir kommen, das hat er ja auch immer gemacht und dann hat er auch teilweise gedacht, das wäre seine Schuld, dass er gemobbt wird. Und das tat mir dann wirklich total leid, weil niemand ist schuld, wenn er gemobbt wird. Und ich weiß ja, dass mein Bruder außerhalb von Zuhause nie irgendwem irgendwas antun würde. Und da tat er mir wirklich sehr leid. Da habe ich auch alles getan, um ihm zu helfen, weil ich finde das irgendwie schlimm, wenn Leute gemobbt werden. Das finde ich, geht gar nicht.“ (Amelie, 89)*

*„Ja, weil er ist jetzt ein bisschen, er ist kleiner, er ist ein bisschen schwächer als die anderen und dann habe ich das Gefühl, ich müsste ihn beschützen vor den anderen. Weil er traut sich nicht irgendwas zu sagen. Er steht dann da und guckt die an. Also wenn die ihn ärgern. Und dann gehe ich hin und sage hör mal, so geht das nicht und dann halten die eigentlich auch die Klappe.“ (Lina, 88)*

Sanders (2004, 131) merkt in Bezug auf Geschwister behinderter Kinder an, dass instrumentelle Verhaltensweisen häufiger die Interaktionen zwischen den Geschwisterkindern auszeichnen. Hierzu gehören, laut der Autorin, sowohl „Helfen“, „Belehren“ als auch „Versorgen“ durch das nicht behinderte Geschwisterkind. Dies könnte möglicherweise ebenfalls in Teilen auf Geschwister von ADHS-Kindern zutreffen.

Eine Schwester fügt in diesem Zusammenhang an, dass es ihr manchmal schwer falle zu helfen, da auch ihr Bruder sich teilweise nicht adäquat verhalte, er sich dessen allerdings scheinbar nicht bewusst ist.

*„Ja, aber manchmal ist das einfach unmöglich, weil zum Beispiel beim Tischtennis, da will niemand mit ihm spielen, weil sobald er raus muss, also wenn er/ sobald er raus muss, wenn er mit dem Ball spielt, nein, das zählt nicht, gib mir mal den Ball zurück und dann können die nicht mehr spielen. Und sowas halt. Und dann kann ich ihm ja auch nicht helfen, dieses lässt den nicht mehr mitspielen. Das geht auch wieder nicht. Also, und dann beschwert er sich bei mir wieder, hilfst du mir nicht? Und so ist das ein bisschen schwierig.“ (Lina, 85)*

Dieses Beispiel könnte, auch wenn nicht weiter erwähnt, ein häufigeres Phänomen, seitens aller Familienmitglieder, darstellen. Dies könnte zu Frusterlebnissen des Kindes mit ADHS führen und sich wiederum erneut ungünstig auf die familiäre Beziehung auswirken.

Einige Geschwister gaben zudem an, dass die Reaktion des Bruders bzw. der Schwester nach gegebener Hilfestellung sehr positiv sei, was den Äußerungen nach, ein angenehmes Gefühl vermitteln.

*„Der sagt dann Danke und der lächelt dann.“ (Milla, 69)*

*„Ich glaube, das findet der eigentlich ganz gut, dass ihm da einer weiterhelfen kann.“ (Mika, 50)*

Dies wäre vielleicht als Motivator für die Befragten allgemein zu sehen, das Geschwister, trotz vielfach erlebtem, negativem Verhalten, weiterhin zu unterstützen. Es verschafft ihnen möglicherweise ein Gefühl von Relevanz und Wertschätzung in Bezug auf die eigene Person sowie führt temporär zu einer positiven Beziehungserfahrung. Diese Annahme ist jedoch rein hypothetisch und nicht eindeutig belegbar. Ggf. unterstützend bzw. übertragbar sei hier die Anmerkung von Hackenberg (2008, 55), dass Eltern behinderter Kinder, Freude und Befriedigung durch Fürsorge als positive Erfahrung schildern. Dies könnte ggf. auch auf ADHS-Geschwister übertragen werden.

Die Ausführung einer weiteren Schwester lässt erkennen, dass sie für ihren Bruder möglicherweise als eine Art „Vorbild“ bzw. „Entscheidungshilfe“ dient und somit um Hilfe seinerseits gebeten wird.

*„(...) Also manchmal habe ich irgendwie das Gefühl, dass er hilf/, also irgendwie so hilflos ist, (...) Und dann fragt der mich zum Beispiel, wie er sich ändern kann. Oder ob er zum Beispiel, was er anziehen soll oder so (...)“ (Josy, 62)*

Weiterhin nennenswert ist, dass Geschwister, die die Beziehung zu ihrem ADHS-Bruder / ihrer ADHS-Schwester als dominant positiv bewerten, auch vermehrt beschreiben, Unterstützung in umgekehrter Form zu bekommen.

Beispielhaft erleben zwei Schwestern ihren älteren Bruder als allgemein oder auch situativ sehr unterstützend.

*„Ich mag an ihm, dass er immer für mich da ist. Dass er gut auf mich aufpasst und ja, wenn ich mal nicht weiterkomme, zum Beispiel bei den Hausaufgaben, dann hilft er mir auch.“ (Maria, 5)*  
*„Ich bin manchmal sehr schüchtern und manchmal ist es sehr gut einen großen Bruder zu haben und dann zeigt er mir zum Beispiel, wie man was tut, weil er ist ja eigentlich sehr pfiffig und ja, und dann zeigt er mir mal, du musst das so und so machen und dann geht das eigentlich auch und ich bin sehr schüchtern und dann geht er immer mit mir irgendwo hin. Zum Beispiel zum Einkaufen und dann unterstützt er mich einfach, weil ich sehr, sehr schüchtern bin. Und mich gar nichts traue, eigentlich nicht.“ (Lina, 96)*

Ebenfalls kleine Brüder mit ADHS werden von ihren älteren, interviewten Brüdern, in manchen Situationen als Hilfe beschrieben.

*„...er hilft mir dann, wenn ich sozusagen, ja, was für das Wochenende für mich kaufe, sage ich mal, dann kommt er meistens mit und ja, guckt dann. Und dann machen wir das schon so zusammen.“ (Stefan, 41)*  
*„Er ist halt rücksichtsvoll. Hilft mir auch manchmal, wenn ich irgendwas, irgendwie Hilfe brauche oder so brauch, muss nach Kaufpark gehen und einkaufen.“ (Stefan, 12) „...“, wenn ich krank bin oder so dann nimmt er Rücksicht, hilft mir auch.“ (Stefan, 18)*

Die Ausführungen einer Schwester diesbezüglich veranschaulichen eine, ihrer Ansicht nach, intentionierte Hilfe des ADHS-Bruders. D. h. dieser unterstütze sie zwar, habe dabei jedoch für sich selbst einen Mehrwert.

*„Ja, also ich habe ja so ein Problem. Ich will nicht gerne probieren so Sachen, die ich nicht mag. Das kann ich irgendwie gar nicht ab. Und wenn ich jetzt zum Beispiel irgendwas auf dem Teller*



*habe und meine Eltern sagen jetzt, ja, das isst du jetzt mal auf, auch wenn es dir nicht schmeckt und dann stehen die irgendwie nach einer Zeit auf. Und wenn mein Bruder mit mir spielen will, irgendwann kommt er dann an, ja, kommt keiner rein, isst der das für mich (...), aber eigentlich hauptsächlich nur, damit wir wieder spielen können. Also damit wir schneller aufstehen können vom Tisch oder so was.“ (Josy, 43)*

Weitere Aussagen von befragten Geschwistern zeigen die offensichtliche Bildung einer Koalition der Geschwister, um bei den Eltern einen Wunsch durchzusetzen.

*„Zum Beispiel wenn wir fernsehen wollen und die dann nein sagen, dann sagen wir wieder was und dann dürfen wir dann.“ (Ole, 49)*

Oder es wird der Wunsch verspürt, Trost zu spenden, wenn das ADHS-Kind gerade einen Konflikt mit den Eltern austrägt und traurig ist. D. h. es wird sich seitens der Befragten mit dem Bruder solidarisiert.

*„Ja, also zum Beispiel halt auch, wenn er sich weh getan hat, dann bin ich halt auch, also wenn ich ihn weinen höre, dann gehe ich auch zu ihm hin. Wenn jetzt zum Beispiel er Ärger bekommen hat, auch wenn meine Eltern sagen, ich soll ihn halt lassen, weil er eben was gemacht hat und er Ärger bekommen hat und dann will ich eigentlich auch direkt hingehen und ihn trösten...“ (Melanie, 44)*

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass gegenseitige Hilfe bzw. Hilfe und Unterstützung im Allgemeinen begünstigende Auswirkungen auf die geschwisterliche Beziehung besitzen.

### **6.1.8 Sorge um das Geschwisterkind**

Im Rahmen dieses Punktes wird auf die Frage eingegangen, inwieweit und wann sich das interviewte Geschwisterkind um den Bruder oder die Schwester mit ADHS sorgt.

Aussagen der Kinder diesbezüglich lassen insbesondere eine große Besorgnis bezüglich „Schule“ und „Verhalten“ erkennen.

Häufig erwähnt wurde die Angst, das ADHS-Kind komme in der Schule nicht gut zurecht, was in Zusammenhang mit Zukunftssorgen dem Geschwisterkind gegenüber stand. Zur Nennung kamen hierbei insbesondere Auswirkungen des unruhigen Verhaltens und Konzentrationsschwierigkeiten auf den Lernerfolg.

*„Ja, also (...). Ich mache mir jetzt eigentlich schon so ein bisschen auch Sorgen darum, wie er das dann auf der weiterführenden Schule so schaffen soll, weil er ist ja jetzt schon nicht so*

*wirklich gut und ich weiß ja jetzt selber wie das ist. Ich war ja auch in der Grundschule. War ich auch gut. Ich hatte fast nur Einsen und Zweien und jetzt habe ich das halt auch nicht mehr und ich schreibe auch Vieren. In Englisch jetzt zum Beispiel, bin ich nicht so gut. Und Julian hat das ja jetzt schon. Und ich weiß halt auch nicht so wirklich, wie er es jetzt schaffen soll auf der weiterführenden Schule.“ (Melanie, 48)*

*„(...) Also ich kann mich daran erinnern, dass ich in der fünften Klasse schon ein bisschen besser lesen konnte als er. (...), ob er das dann auch so schafft und dann irgendwie nicht geärgert wird von den anderen Schülern, dann mache ich mir schon ein bisschen Sorgen.“ (Lara, 57)*

Parallelen lassen sich diesbezüglich zu den Erkenntnissen von Geschwistern behinderter Kinder ziehen. Diese beschreiben ebenfalls, sich um die Zukunft des Bruders bzw. der Schwester zu sorgen, da offensichtlich bzw. insbesondere auch in diesem Fall eine verminderte Leistungsfähigkeit vorliegt. Achilles (2013, 42 ff.) beschreibt, dass es beim gesunden Geschwisterkind im Vergleich zum Behinderten vermehrt zu Schuldgefühlen kommen könnte. Diese entstünden bedingt durch das Bewusstsein der eigenen Überlegenheit im Bereich der Fähigkeiten und Intelligenz. Der Umgang mit diesen sei heterogen und reiche von Altruismus bis hin zu Distanzierung und Gefühlsverdrängung. Letztlich bestehe, so die Autorin, das Risiko, dass das Gefühlsleben eingeschränkt und die persönliche Entwicklung beeinträchtigt werde. Möglicherweise kommt es auch bei den interviewten Geschwistern unbewusst oder auch bewusst zu diesen Schuldgefühlen. Erklären ließe es sich durch das wiederkehrende Verzeihen negativen Verhaltens sowie durch die entschuldigende Haltung, der Bruder oder die Schwester könne nichts dafür. Auffallend jedoch zeigt sich, dass insbesondere Geschwister, die im Interview starke Sorgen bezüglich des schulischen Vorankommens des Bruders äußerten, eher altruistische Tendenzen allgemein aufwiesen. Dies wurde deutlich, indem sie sich selbst und ihre Belange in den Hintergrund drängten und ein erhöhtes Verständnis für negatives Verhalten äußerten.

In Bezug auf das als negativ wahrgenommene Verhalten des Geschwisters, lassen die Befragten ebenfalls eine gewisse Sorge durchscheinen. Insbesondere bezüglich des Verhaltens nach Absetzen der Medikamente sowie Zukunftssorgen das Geschwisterkind betreffend.

*„Ja. Also einmal, das war jetzt was in der Schule. Da war halt was. Da hat er die Tabletten ein bisschen abgesetzt bekommen und der ist halt ziemlich immer ganz schnell dann aggressiv geworden und so und dann habe ich mir halt darüber Gedanken gemacht, was ziemlich blöd für den ist.“ (Mika, 54)*

*„Wenn er später arbeiten geht, dann kann er ja auch nicht die ganze Zeit hibbelig sein.“ (Anton, 198)*

*„Ja, halt ob das irgendwann mal aufhört. Ob er sich mal irgendwann in Griff kriegt. Das weiß ich halt nicht und dann mache ich mir Sorgen.“ (Anton, 198)*

Ein Befragter schildert eindrucksvoll, dass er sich Gedanken mache, warum sein Bruder sich so verhalte, dass es ihn derart verärgert.

*„Höchstens Zuhause, wenn er mich dann, dann mache ich mir Sorgen, wenn er mich dann so immer nervt, das macht mich halt sehr sauer und dann mache ich mir doch Sorgen auch mal, warum er das macht, warum, wieso halt. Ob ihm das Spaß macht, ob er irgendwie Langeweile hat, aus Langeweile, weiß ich nicht.“ (Anton, 196)*

Neben der Sorge um die schulische Situation des Geschwisters sowie um mögliche Auswirkungen des negativen Verhaltens, kam es zu häufigen Äußerungen der interviewten Kinder in Bezug auf Verlust und Krankheit des Bruders bzw. der Schwester und damit einhergehender Sorge.

*„War schon mal. Ja, zum Beispiel sie war mit ihrem Freund weg und die wollten um sieben Uhr da sein und da habe ich mir Sorgen gemacht, weil die waren erst um zehn Uhr da. Da habe ich mir Sorgen gemacht (...). Ob sie vom Bus überfahren wurde oder entführt wurde.“ (Constantin, 100/102)*

*„Ja, zum Beispiel der war letzts irgendwie auf Klassenfahrt und dann hatte der Bus wohl irgendeine Panne und da habe ich mir halt total Sorgen gemacht um ihn. Oder, er war halt mal ein paar Minuten, nein, eine halbe Stunde genau, halbe Stunde kam er nicht nach Hause und da habe ich mir auch voll Sorgen gemacht. Ja, und dann habe ich ihn wieder gefunden...“ (Stefan, 122)*

*„Da ist der auf einmal weg gewesen. Wir haben den nicht mehr gefunden. Da habe ich mir schon Sorgen gemacht und da habe ich schon fast geweint, weil ich mir Sorgen gemacht habe, dass er nicht mehr wiederkommt...“ (Maria, 73)*

*„Wenn wir im Auto fahren oder so, dann haut er auch meistens ab und dann mache ich mir immer Sorgen, dass irgendwie jemand den Lars klaut oder so. Und bei der Larissa ist das auch.“ (Ann-Kathrin, 199)*

Die vorangegangenen Aussagen verdeutlichen die Angst, dem Geschwisterkind sei etwas zugestoßen und es komme nicht wieder. Diese Furcht könnte im Zusammenhang mit einem vermehrten impulsiven oder aggressiven Verhalten der ADHS-Kinder im Vergleich zu Kindern ohne Diagnose stehen. Auf Grund ihrer hyperaktiven, impulsiven und teils oppositionellen Symptomatik begeben sie sich nachweislich häufiger in Gefahrensituationen bzw. besitzen ein 4-fach erhöhtes Risiko für Unfälle (Schlack et al., 2007, 827). Zudem kommt es bei stark auffälligen Kindern vor, dass sie temporär in einer Klinik behandelt werden müssen.

Hierzu beschreibt ein achtjähriges Geschwisterkind eindrucksvoll, dass sein großer Bruder plötzlich weg war. Vorangegangen war ein, von ihm geschilderter Streit mit der Mutter, bei dem es zu einer physischen Auseinandersetzung kam. Die Äußerungen des Bruders beschreiben eine extreme Konfliktsituation des Geschwisterkindes mit ADHS und den Eltern, die ihn offensichtlich nachhaltig beeinflusst bzw. Sorge ausgelöst hat.

*„Mhm. So am, ich weiß nicht, da war ich glaube ich sechs und da ist mein Bruder so ein bisschen ausgerastet und dann wollte Nick die Türe zumachen im Zimmer. Dann ist Mama hochgekommen und wollte, also hat meine Mama geklopft und der Nick die reingelassen. Hat gesagt, kannst du bitte die Türe zumachen. Und hat meine Mama ja gesagt und dann hat mein Bruder jetzt gesagt und dann hat mein Bruder meine Mama geschubst und dann ist die gegen die Türe und dann so die Türe zugegangen.“ „...ist mein Papa hochgekommen und hat den Nick dann auf dem Boden festgehalten. Dann musste der Nick irgendwo hin, weiß ich nicht mehr. Dann ein paar Tage oder auch drei, vier Wochen da schlafen.“ „Ich war traurig. Am nächsten Tag habe ich mich gewundert, wo ist denn Nick? Hat meine Mama das dann gesagt.“ (Merlin, 110/112/122)*

Dieses plötzliche Verschwinden des Bruders ging bei ihm offensichtlich mit starker Verlustangst einher. Obwohl die Situation bereits zwei Jahre zurück lag (wurde nochmals nachgefragt), konnte er diese eindrucksvoll im Detail schildern. Ein weiterer Bruder beschrieb, sich Sorgen zu machen, da er die Ursache des auffälligen Verhaltens seines ADHS-Bruders nicht nachvollziehen konnte. Er fragte sich, warum er dies wohl tue und äußerte, dass es vielleicht aus Langeweile passiere. Genau wisse er es jedoch nicht. Hier wird deutlich und zeigte sich ebenfalls in den Aussagen anderer Geschwister, dass oftmals keine nachvollziehbare Begründung des Verhaltens vorherrscht, was sich offensichtlich für die Geschwister als Belastung und Sorge

erweist. Wichtig in dem Zusammenhand erscheint eine adäquate Aufklärung in Bezug auf die vorherrschende Störung, was einen besseren Umgang sicherstellen könnte. Grünzinger (2005) plädiert für eine altersgerechte Information der Geschwisterkinder über die Behinderung des Bruders oder der Schwester. Dies sei wichtig, um Möglichkeiten zur Entwicklung von Verarbeitungsstrategien sowie Partizipation an Entscheidungen innerhalb der Familie schaffen zu können. Dies stellt ebenfalls einen relevanten bzw. notwendigen Aspekt in Bezug auf Verhaltensstörungen von Geschwistern dar.

Folgende Schilderungen beruhen auf der Sorge, wenn das Geschwisterkind mit ADHS erkrankt bzw. bereits eine weitere Erkrankung (in folgender, dritter Aussage „Diabetes“) besitzt.

*„Ja, es gab einmal / da war er, irgendwas / musste ins Krankenhaus, weil er am Austrocknen war gewesen. Da war ich sehr traurig, ja, und bin direkt aus der Schule, hat mich meine Mutter angerufen, sagte Dominik ist im Krankenhaus. Ich sagte, was hat er denn? Ja, der musste an den Tropf, der ist am Austrocknen. Ich sagte, wie und dann habe ich mich abholen lassen von der Schule und dann bin ich mitgefahren. Ja, das war schon sehr traurig.“ (Anton, 186)*

*„Eine richtige Grippe hatte er noch mit dabei und dann war ich direkt natürlich für ihn da. Ich hab Hunger, kannst du mir nicht was zu essen holen. Dann bin ich durch das ganze Krankenhaus, habe ihm was geholt, war kein Problem, ja. Und dann ist er aber auch ruhig, dann nervt er mich nicht.“ (Anton, 194)*

*„Dann müsste Mama nicht rund um die Uhr zum Beispiel eine Zwischenmahlzeit messen. Also es ist ja eigentlich rund um die Uhr eine Beschäftigung für Mama und dann, wenn Daniel zum Beispiel irgendwo hinget, dann hat sie natürlich immer die Sorge, dass Daniel unterzuckert und dann ohnmächtig irgendwo liegt. Und das ist auch ein Problem. Ja, da macht sich Mama immer Sorgen. Das ist doof. Natürlich ich auch.“ (Lina, 168)*

Ein weiteres, oftmals angeführtes Besorgnis waren Situationen, in denen das ADHS-Geschwisterkind offenbar Opfer von „Mobbing“ wurde.

*„Das war der Fall mit der Phase, wo er gemobbt wurde. Da ist er teilweise nach Hause gekommen mit einem Dreck verschmiertem Gesicht, weil ihm irgendwelche Hauptschüler an der Bushaltestelle Blätter ins Gesicht geschmiert haben.“ (Amelie, 85)*

*„Mädchen waren das, Mädchen. Aber die waren ja fünf Jahre älter und auch ein ganzes Stück größer und eigentlich wollte ich denen mal meine Meinung sagen, aber die waren auch so viel größer als ich und ich habe mich das einfach nicht getraut und dann hatte ich mir halt solche*

*Sorgen gemacht, dass ich zu meinen Eltern und auch zu den Schulleitern von seiner Schule gegangen bin, dass die dem irgendwie helfen konnten.“ (Amelie, 89)*

Lediglich eine Schwester von allen zwanzig Befragten Personen führte an, sich keine Sorgen um ihren Bruder zu machen.

*„Eigentlich braucht man sich um meinen Bruder nicht so viel Sorgen zu machen.“ (Milla, 43)*

### **6.1.9 Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens**

Der letzte Punkt dieser Kategorie bezieht sich auf Aussagen der interviewten Kinder über „die Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens“. Wobei hier anzumerken ist, dass es sich auf Grund des noch jungen Alters der Geschwister um eine relativ kurze Zeitspanne handelt und sich damit alles auf die in 2.5.1 beschriebene Lebensphase Kindheit und Jugendalter bezieht. Trotzdem ergaben zahlreiche Antworten deutlich wahrgenommene Unterschiede bezüglich der Geschwisterbeziehung „heute“ und einige Jahre zuvor. Die Aussagen der Befragten zeigten sich ambivalent. Ein Teil der Kinder schilderten, früher ein besseres Verhältnis zu ihrem Bruder oder ihrer Schwester gehabt zu haben. Ursächlich hierfür wurde beispielsweise genannt, dass die Diagnose „ADHS“ früher noch nicht bekannt war und somit weniger Einsicht seitens des Geschwisters durch die Eltern eingefordert wurde.

Eine Schwester gibt beispielsweise an, dass die Feststellung einer ADHS bei ihrem Bruder mit der Erwartungshaltung der Eltern einherging, mehr Verständnis für sein Verhalten aufbringen zu müssen.

*„Mein Bruder war schon immer sehr aufbrausend und dominant. Wir haben zwar früher auch mal draußen oder so zusammen gespielt, aber dann hat er wieder rumgebrüllt und ich bin weg gegangen. Damals hat er dann auch eher mal Ärger gekriegt. Aber seitdem klar ist, dass er ADHS hat, ist das irgendwie ne Entschuldigung für alles. Meistens wird dann gesagt, ich soll das nicht so ernst nehmen oder Verständnis haben.“ (Anna, 32)*

Offenbar führt diese nun verlangte Rücksichtnahme zu einer verstärkt negativen Wahrnehmung der Geschwisterbeziehung. Weiterhin wurde der Eintritt in die Schule als ungünstiger, beziehungshemmender Faktor genannt.

Andere Kinder bzw. Jugendliche wiederum machten zum Teil das Alter sowie andere Umstände wie die Schule dafür verantwortlich.

*„Früher haben wir uns nie gestritten. Aber seit die 14 geworden ist, kommt es öfters vor.“  
(Constantin, 84)*

*„Ja, da haben wir uns auch noch nicht so extrem geärgert, also irgendwie ist es mehr geworden (...) Also in seiner Grundschulzeit noch, da waren wir, glaube ich, ich war in der Vierten und er war in der Dritten, da war das noch so okay, aber da hatte er seine Tabletten noch nicht, da war er zum Teil sehr viel genervt, da hat er mich aber nicht so geärgert in dem Sinne und dann hat er halt diese Tabletten gekriegt, ja und dann halt die weiterführende Schule. Komische Leute / ja, guckt man sich halt ab.“ (Anton, 122/124)*

*„Also, als wir kleiner waren, da haben wir uns eigentlich nie gestritten. Da habe ich auch Fotos, als ich immer rumgeschrien habe. Da hat meine Mutter ein Foto gemacht, dass er mir die Ohren zugehalten hat. Ja, und der hat auch gerne dann, als ich kleiner war, als ich vier oder so war, hat er gerne meine Sachen angezogen, die kleinen Hütchen von mir oder so. Also da haben wir uns eigentlich sehr, sehr gut verstanden.“ (Maria, 80)*

Dies deckt sich mit der Aussage zahlreicher Autoren, dass die Symptomatik mit Schulbeginn und damit einhergehendem erhöhten Druck verstärkt werde bzw. die Auffälligkeiten zum Teil erst zutage kommen (u.a. Döpfner et al., 2013, 19 ff.). Geschwister, die dem Bruder bzw. der Schwester mit ADHS eher gelassen gegenüber stehen, beschrieben eine frühere „normale“ Beziehung gehabt zu haben. Sie führen heutige Auseinandersetzungen z. B. auf die eingetretene Pubertät sowie die Übernahme negativen Verhaltens durch Peergruppen zurück.

Weitere Kinder beschrieben eine nun positivere Beziehung zu ihrem Geschwister zu haben und führten dies in erster Linie auf die Einnahme der Medikamente zurück, die einige Zeit zuvor noch nicht verabreicht wurden.

*„Ich schätze mal, also früher war das dann / da war das ja noch nicht so ganz offenbar, dass er diese Krankheit hat so. Hatte er früher noch keine Tabletten dagegen. Ja, und er kriegt halt jedes Jahr neue, also immer stärkere. Und dann wird er auch immer ruhiger.“ (Stefan, 49)*

Diesbezüglich spiegelt sich erneut der Einfluss von Psychopharmaka wieder. Wie Haubl & Liebsch (2010, 205) bereits anführten, zeigte sich in dem Fall das Medikament als

Mittel sozialer Befriedigung, da die Beziehungen zu signifikanten Bezugspersonen entspannter werden.

Ein weiterer Teil der Geschwister gab an, den vermehrten Streit in der Vergangenheit auf das Alter des Geschwisters zurückzuführen.

*„Ja, früher war das halt/ also er war schon immer so ein Sturkopf. Das war er früher, sage ich mal viel mehr. Und ja, früher war das dann halt noch immer so mit den Streits etwas heftiger. Er war halt kleiner. Ja, war halt so normal, wenn man einen kleinen Bruder hat, hat man halt öfters mit dem Streit. Aber es ist immer besser.“ (Stefan, 47)*

Eine siebzehnjährige Schwester äußerte, heutzutage die Beziehung zum Bruder positiver wahrzunehmen. Ihre Begründung hierfür erschien sehr interessant. Sie führte eine Entlastung rein auf ihr eigens gesteigertes Selbstbewusstsein zurück, was sie die Situation anders bewerten ließ.

*„Ich habe das, ich war, also das liegt auch vielleicht an meinem Selbstbewusstsein selbst, das war vorher nicht so da und keine Ahnung und deswegen dachte ich da immer oh Gott, vielleicht stimmt das was der sagt, vielleicht bin ich ja wirklich so schlimm als Schwester und irgendwann kommt das Selbstbewusstsein auch. Man merkt doch das er mit anderen genauso umgeht und das kann ja nicht an allen liegen, außer an ihm, das glaube ich einfach nicht und deswegen dachte ich, gut, dann liegt es wohl nicht an mir, das ist aber wirklich sehr spät gekommen, das stimmt schon.“ (Amelie, 53)*

Sie beschrieb, durch das gewonnene Selbstbewusstsein, das Verhalten des Bruders nicht mehr als Ursache für eigenes „Versagen“ anzusehen. Als hilfreich erwähnte sie diesbezüglich den Austausch mit und die Bestätigung durch Freunde. In diesem Fall scheinen außerfamiliäre Beziehungen einen besonders günstigen Einfluss auf die psychische Entwicklung der Schwester gehabt zu haben. Fraglich ist, inwieweit es den jüngeren interviewten Kindern gelingt, mit zunehmendem Alter Ressourcen zu generieren und diese für sich zu nutzen.

Aus den o. g. Aussagen lässt sich zusammenfassend schlussfolgern, dass das subjektive Empfinden ausschlaggebend dafür ist, ob ein Geschwisterkind die Beziehung zum Bruder bzw. zur Schwester mit ADHS im Vergleich „früher“ / „heute“ positiver erlebt oder nicht. Außerdem obliegt dies sicherlich einer Reihe weiterer Faktoren. So kann



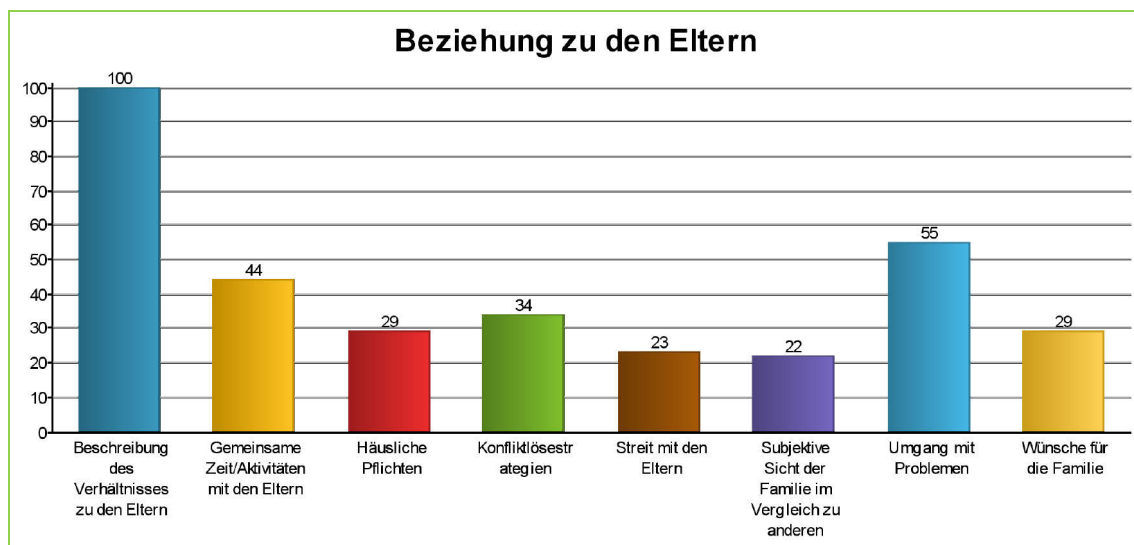
das zunehmende Alter des ADHS-Geschwisters beispielsweise sowohl als begünstigend als auch als ein negativer Faktor erlebt werden.

## 6.2 Kategorie 2: Beziehung zu den Eltern

Im Fokus des sich nun anschließenden Punktes steht die Beziehung der interviewten Geschwisterkinder zu den Eltern, der Umgang mit Streit sowie die Konfliktlösestrategien und häuslichen Pflichten. Ergänzend angeführt wird zudem die subjektive Sichtweise der Familie im Vergleich zu Freunden als auch Wünsche für die Familie. Die eben angeführten Unterpunkte nehmen allesamt Bezug auf diverse Subkategorien, die sich sowohl vorab als auch im Verlauf der Interviewsichtung ergeben haben.

Im Vergleich zu der Abbildung 12 der ersten Kategorie, wird im Folgenden ersichtlich, dass die Subkategorie „Streit mit den Eltern“ wesentlich weniger Nennungen aufwies. Dies spricht für das geringere Vorhandensein von Konflikten mit den Eltern im Vergleich zum Geschwisterkind. Stattdessen war der „Umgang mit Problemen“ ein häufig geäußelter Aspekt, gefolgt von „gemeinsamen Aktivitäten“. Letzteres fiel in Bezug auf die Geschwisterbeziehung eher gering aus.

**Abb. 13: Quantitative Verteilung der Subcodes zur Kategorie „Beziehung zu den Eltern“**



Quelle: eigene Darstellung.

### 6.2.1 Beschreibung des Verhältnisses zu den Eltern

Im Rahmen der Interviews beschrieben die Geschwister ihr Verhältnis zu den Eltern im Vergleich ambivalent. Im Gegensatz zu dem oftmals als konfliktreich beschriebenen Verhältnis zum ADHS-Geschwisterkind, bewerten die meisten Befragten die Beziehung zu ihren Eltern jedoch zuallererst positiv.

In Bezug auf die Mutter wird vielfach benannt, dass das Verhältnis gut und intensiv sei sowie gemeinsame Unternehmungen stattfinden.

*„Ich kuschel gerne mit meiner Mama (...) Oder ich gehe auch gerne mit der in die Stadt.“  
(Melanie, 60/62)*

*„...ich gehe heute Abend auch mit meiner Mutter ins Kino und so. Also wir verstehen uns eigentlich schon relativ gut, (...)“ (Lara, 95)*

Auffallend hierbei war eine zu Beginn des Gesprächs starke Tendenz, das Verhältnis positiv zu bewerten. Erfolgte eine präzisere Nachfrage seitens des Interviewers, ergab sich oftmals eine direkte oder auch eher vorsichtige Nennung negativer Beziehungsattribute. Dieses Verhalten könnte aus der in Punkt 5.2.2.3 beschriebenen Problematik des Generationenverhältnisses resultieren. Das in dem Zusammenhang bestehende Autoritätsverhältnis sei, so Vogl (2012), bedingt durch das in unserer Kultur vorherrschende konventionelle Rollenverhältnis zwischen Kindern und Erwachsenen. Dies unterliege der Gefahr, Hemmungen bei den Kindern auszulösen und somit verstärkt sozial erwünschte Antworten zu provozieren (Vogl, 2012, 20). An dieser Stelle zeigte sich insbesondere die Relevanz, eine von Vertrauen geprägte Atmosphäre herzustellen, die den Geschwistern das Gefühl vermittelt, sich uneingeschränkt und ohne Konsequenzen äußern zu können. Gelang dies, benannten die Kinder und Jugendlichen neben den positiven Schilderungen ihre Eltern betreffend, auch negative Beziehungserfahrungen. In dem Zusammenhang häufig beschrieben, war das als „unfair“ erlebte Verhalten der Mutter. Diese schlage sich subjektiv vermehrt auf die Seite des ADHS-Geschwisters und nehme dieses in Schutz. Dem wird einerseits zwar Verständnis entgegengebracht, andererseits wird es jedoch als ungerecht bzw. negativ erlebt.

*„Mit meiner Mutter eigentlich ganz gut, die leidet ja auch ziemlich. Mich nervt nur, dass sie ihn immer entschuldigt. Ich glaube, sie hat selber Angst, dass er wieder so aus tickt, deshalb sagt sie*

*selten was und zieht sich auch zurück und hofft, dass es bald vorbei ist. Ich rede zwar auch mit ihr darüber und sie versteht auch, wenn ich wütend auf ihn bin. Aber sie sagt halt immer, ich soll es mir nicht zu Herzen nehmen.“ (Anna, 36)*

*„Ja, es kommt mir halt so vor, als wäre die Mama mehr so mit dem Damian. Das kommt mir halt irgendwie so vor. Ich weiß es nicht, es kommt mir so vor.“ (Anton, 248)*

*„Ja halt in der, ich denke so, ich fühle dass das der Damian, also kommt mir so vor, als wenn er bevorzugt würde, irgendwie so ein bisschen. Ob es so ist, weiß ich nicht.“ (Anton, 262)*

An dieser Stelle könnte ein Bezug zu den Ausführungen von Achilles (2013, 46) hergestellt werden. Die Autorin merkt an, dass es seitens der Eltern von behinderten Kindern zu einer erhöhten Erwartungshaltung an das nichtbehinderte Kind kommen kann. Insbesondere in Bezug auf Verständnis und Zurückhaltung eigener Emotionen. Dies könnte zu einer ungünstigen Entwicklung des gesunden Kindes und dessen Beziehung zu den Eltern führen. Eine Schwester äußerte ebenfalls, die Mutter habe Angst, der Bruder könne erneut „austicken“.

*„Meine Mutter sagt deshalb auch nichts mehr gegen ihn, weil sie nicht will, dass er es wieder macht. Was ich auch doof finde, jetzt ist sie meistens auf seiner Seite und verteidigt mich nicht mehr.“ (Anna, 17)*

Dies weist möglicherweise daraufhin, dass Eltern Konflikte mit dem ADHS-Kind meiden und stattdessen eher auf Toleranz und Mitgefühl des Geschwisterkindes setzten, um Eskalationen zu verhindern. Auffallend hierbei war, dass sich einige der Befragten mehr Verteidigung durch die Mutter wünschten. Somit könnte ggf. von einer bereits vorhandenen Unterdrückung der Emotionen gesprochen werden, mit möglicherweise negativem Ausgang für die Beziehungsqualität zwischen den Eltern und dem gesunden Kind bzw. Jugendlichen.

Des Weiteren betonte eine Schwester nachhaltig, sich mehr Zeit mit der Mutter alleine zu wünschen, da die Atmosphäre dann entspannter sei.

*„Also jetzt nicht so oft, aber manchmal schon. Das ist auch, zum Beispiel wenn meine Mutter mich dann manchmal zur Schule fährt oder so, dann ist das halt auch was anderes, als wenn jetzt immer der Linus dabei ist und wenn, ich weiß nicht, manchmal denke ich mir so ja, ich möchte mal wieder was mit euch alleine machen, aber dann ist halt immer der Linus, wer passt auf den Linus auf, wo kann der Linus hin und so. Das ist halt immer, es steht immer so ein*

*bisschen im Weg, aber ich finde es nicht so schlimm. Ich hätte da nichts dagegen, wenn er jetzt zum Beispiel mit ins Kino käme oder so. Aber manchmal wünsche ich mir dann schon, dass ich was alleine mit ihr mache, weil dann ist es auch irgendwie so eine viel entspanntere Atmosphäre. Das ist auch besser so für das Verhältnis.“ (Lara, 101)*

Von großer Relevanz für eine gesunde Entwicklung der Geschwister, führt Hackenberg (2008, 127 f.) das Vorhandensein von Phasen ungeteilter elterlicher Zuwendung zum Geschwisterkind an. Einige der Befragten merkten an, dass dies ihrer Ansicht nach nicht ausreichend gegeben ist. Eine siebzehnjährige Schwester gab an, für ihre Mutter eine Vertrauensperson darzustellen. Sie könne sich bei Problemen mit dem Bruder an sie wenden und das Leid werde somit geteilt.

*„Also sie will nicht ihrer Tochter erzählen, was sie für Probleme hat. Das machen Eltern ja auch an sich grundsätzlich eher weniger, glaube ich. Dann ist es so, dass ich ihr das einfach ansehe, auch wenn sie gerade nicht weinend auf dem Sofa sitzt, weil sie einfach gereizter ist, das merke ich ja. Dann spreche ich sie einfach darauf an und wenn meine Mutter grad noch so sauer auf ihn ist, dann erzählt sie mir das auch alles und dann versuche ich halt mit ihr zu reden, ihr zu sagen, dass es mir grad genauso geht und das hilft ihr glaube ich schon, dass sie auch damit nicht alleine mit ist, das tut mir immer wirklich leid für sie.“ (Amelie, 105)*

Möglicherweise führt dies zu einer Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung, könnte jedoch im Umkehrschluss auch eine Belastung für das gesunde Kind darstellen, da ihm so viel Verantwortung auferlegt wird. Die Gefahr einer Parentifizierung (s. Kapitel 2.4.5 & Petri, 2006) liegt hierbei eventuell vor, lässt sich jedoch nicht deutlich bestimmen.

In Bezug auf den Vater beschreibt die überwiegende Anzahl der interviewten Kinder, ihn als vermehrt abwesend zu erleben. Entweder leben die Kinder bei der Mutter und haben lediglich Besuchskontakte oder er ist aufgrund seines Berufes subjektiv sehr eingespannt und wenig verfügbar.

*„Also mit meinem Papa kuschel ich auch gerne. Und wir gucken halt auch öfter zusammen Filme. (...) Aber ansonsten, so viel kann ich ja jetzt mit ihm auch nicht machen, weil er halt arbeiten muss und ich muss halt meistens auch Hausaufgaben machen, wenn ich von der Schule komme.“ (Melanie, 64/65)*

*„Der ist eigentlich auch total nett. Aber der hat halt wenig Zeit.“ (Milla, 117)*

*„Mein Vater, der ist oft auf Geschäftsreise und das ist manchmal dann sehr schwer.“ (Lara, 150)*

Diese Aussagen decken sich mit den Schilderungen von Hollstein (2012, 297) bezüglich der Geschlechterverteilung von ADHS. Der Autor merkt an, die heutige Erziehung sei zum größten Teil ohne Vater und stattdessen „weiblichkeitsüberfrachtet“. Er sieht, unter anderem diesbezüglich, einen Zusammenhang zur signifikant höheren ADHS-Diagnosehäufigkeit bei Jungen.

Sei der Vater anwesend, beschreiben die Befragten vermehrt, dass er den konsequenteren Part in der Erziehung übernehme und es so oftmals besser funktioniere. Auch gebe dieser vermehrt Hilfestellungen in Bezug auf schulische Themen und die geteilte Zeit mit ihm wird häufig positiv beschrieben.

*„Ja, mein Vater, dem fällt das ein bisschen schwer. Meine Mutter kriegt das rund um die Uhr mit und mein Vater, wenn der mal ein paar Wochen nicht da ist und dann wieder in diesem Rhythmus kommt. Daniel ist manchmal ein bisschen, also rastet manchmal aus, schreit da rum und dann wird Papa richtig sauer manchmal, aber er schlägt ihn nicht oder sowas, sondern sagt ihm einfach laut, er soll jetzt mal die Klappe halten. Aber dann hält er eigentlich auch die Klappe,...“ (Lina, 162)*

*„Oder wenn ich schlechte Noten bekomme, dann gibt mein Vater mir öfters Verbote.“ (Ole, 71)*

*„Also ja, dann frage ich zum Beispiel meinen Vater oder wenn meine Mutter grad Hausaufgaben macht oder so, frage ich meinen Vater, rufe den an oder so. Und dann erklärt er mir auch Sachen. Und zum Beispiel mein Vater hat ein Büro, das ist ganz bei uns in der Nähe und dann fahre ich da auch hin und lerne mit ihm zum Beispiel Mathe. Das machen wir ja auch in meinen Ferien fast jeden Tag, weil ich nicht so gut bin. Ja, und das ist dann auch gut.“ (Lara, 55)*

Allem Anschein nach, herrscht innerhalb der Familien häufig ein noch traditionelles Rollenmodell, bei dem die Mutter sich primär um die Erziehung der Kinder kümmert und der Vater für die finanzielle Versorgung aufkommt, was ihn vielfach abwesend erscheinen lässt. Möglicherweise, jedoch rein spekulativ, wirkt sich dies besonders ungünstig auf die Entwicklung der ADHS-Jungen aus.

Trotz der geringer ausfallenden gemeinsamen Zeit mit dem Vater, scheint dieser anhand einiger Aussagen, oftmals eine strengere, von mehr Konsequenz geprägte Rolle einzunehmen.

Dieses konsequentere Verhalten, vor allem in Bezug auf den Bruder / die Schwester mit ADHS wird jedoch auch als positiv empfunden.

*„Es ist ruhiger. Der Damian macht nicht mehr so viel, weil er weiß, beim Papa, Konsequenzen und ja, weil der Damian halt dann nicht so viel macht, mache ich auch nicht so viel. Dann muss ich mich halt ja nicht so viel aufregen und dann habe ich auch nicht so viel Streit mit meiner Mutter.“ (Anton, 292)*

Auch wurde seitens einer Schwester angemerkt, der Vater habe weniger Zeit, da er die Mutter und den Bruder mehrmals die Woche zur Therapie des Bruders fahren müsse.

*„Und dann muss er ja meistens auch noch meine Mama und Justus irgendwo hinfahren. Zu Frau Helle hat er dreimal in der Woche...“ (Melanie, 67)*

Eine Schwester gab zudem an, die Beziehung zu ihrem Vater als sehr belastend zu erleben. Dieser habe ihrer Ansicht nach auch ADHS und sei daher sehr anstrengend bzw. halte immer zu ihrem Bruder.

*„(...) Papa hat glaube ich auch ADHS, er ist auch sehr anstrengend und der hält dann auch immer zu meinem Bruder, weil er das ja versteht, wie das für meinen Bruder ist und so. Ist dann halt immer total scheiße.“ (Jana, 114)*

Eine weitere Befragte schilderte, ihr Vater wende der Mutter gegenüber physische Gewalt an. Sie reagiere hierauf einerseits mit Verständnis, da er so überlastet sei und andererseits mit Rückzug aus Angst.

*„Mein Vater ist schnell so auf die Palme zu bringen. Sein Job ist halt auch anstrengend, aber wenn er dann nach Hause kommt, will er meistens seine Ruhe. Wenn ich oder mein Bruder dann irgendwie ankommen, ist er genervt und schreit. Also meistens, wenn ich ankomme. Meine Mutter ist dann schon mal dazwischen gegangen oder hat sich auch selbst mal über was beschwert. Dann hat er sie mehrmals geschlagen. Ich war dabei und habe mich dann um meine kleine Schwester gekümmert, weil sie Angst hatte. Mein Bruder hat das, glaube ich, nicht mitbekommen. Der war in seinem Zimmer.“ (Anna, 15)*

Dies wiederum bereitete ihr ein Gefühl von Angst, er könne dies wieder tun.

*„Ich habe auch Angst vor ihm, dass er wieder wütend wird und dann z. B. Mama wieder schlägt.“ (Anna, 13)*

Trotz dieser gravierenden Taten, gibt sie an Verständnis für ihn zu haben und benennt als positiv, dass er ihr bei Schulproblemen helfe.

*„Mein Vater ist eben selten Zuhause. Wenn, dann ist er auch von der Arbeit sehr geschafft und hält sich aus allem ziemlich raus. Und wir wollen ja auch nicht, dass er wieder wütend wird. Er will das ja auch eigentlich nicht und es tat ihm leid. Aber er hat wohl zu viel Stress. Wenn man selbstständig ist, muss man ja auch immer mehr machen, sonst verdient man nichts. Er hilft mir*

*aber schon mal bei Hausaufgaben oder übt mit mir, wenn wir eine Arbeit schreiben. Der ist ziemlich gut in Mathe, das kann er echt. Das finde ich auch gut.“ (Anna, 36)*

Anhand dieser, insbesondere von Anna (15) beschriebenen Extremsituationen, kommt der von Hopf (2014, 366) angeführte Aspekt, dass Aufmerksamkeitsstörungen bei Mädchen oftmals von einer depressiven Symptomatik begleitet werden, zum Tragen. Dies zeige sich sowohl anhand von Antriebshemmungen, Ängsten, nicht zu genügen, als auch durch Rückzugstendenzen. Fraglich ist hierbei, ob diese Aussage vielleicht auf die Schwestern zutreffen könnte. Zumal sich beide von ihnen bereits aufgrund einer depressiven Symptomatik in psychologischer Behandlung befinden.

Geschwisterkinder, die die Beziehung zu ihren Eltern als überwiegend und glaubwürdig gut sowie wenig konfliktbelastet einschätzten, beschreiben auch eine vermehrt positive Beziehung zu ihrem Bruder bzw. ihrer Schwester mit ADHS. Aufgrund dessen, könnte geschlossen werden, dass sich positive familiäre Beziehungen im Allgemeinen begünstigend auf die Geschwister auswirken bzw. als Ressource dienen (Hackenberg, 2008, 110).

Ebenfalls interessant war die Aussage einer Schwester. Diese führte an, von den gehäuft auftretenden Konflikten zwischen den Eltern und dem ADHS-Kind zu profitieren. Die Beziehung zwischen ihr und den Eltern sei durch die Verhaltensauffälligkeiten vertrauter geworden. Sie hätte nun oftmals eine gemeinsame Basis für Unterhaltungen, da sie diese Konflikte mit dem Sohn bzw. dem Bruder innerhalb der Familie belassen wollen und sich somit gegenseitig Unterstützung zusprechen.

*„Also, seit die Sache mit Maurice so schlimm geworden ist, versteh ich mich mit meinen Eltern besser, weil natürlich, das schweißt uns zusammen. Vor allem meine Mutter und ich verstehen uns in den letzten Jahren wirklich richtig gut. Und wir sind uns ähnlicher als ich dachte und ich kann mit meinen Eltern auch wirklich gut reden. Wenn Maurice mal wieder ausrastet und meine Mutter teilweise weinend auf dem Sofa sitzt, dann können wir dann immer gut darüber reden, weil meine Mutter redet da nicht mit anderen drüber, weil sie vor ihren Freundinnen will sie das nicht zugeben, dass deren Familien super laufen und ihre halt nicht immer so.“ (Amelie, 101)*

Als Ressource wäre in dem Zusammenhang zwar die „offene Kommunikation innerhalb der Familie“ zu nennen (Hackenberg, 2008, 110). Fraglich erscheint hierbei allerdings, inwieweit sich diese Koalition zwischen den Eltern und der Schwester auf den Bruder mit ADHS auswirkt. Dieser könnte sich womöglich außen vor gelassen fühlen, was eine Potenzierung seiner Aggressionen zur Folge haben könnte, was die Schwester bereits auch andeutet.

*„(...) zu meinen Eltern habe ich wirklich ein gutes Verhältnis und deswegen tut mir das auch immer so leid, wenn Maurice sie respektlos behandelt und meine Mutter sich halt gar nicht wehrt und mein Vater teilweise auch nichts dazu sagt, weil ich zu meinen Eltern ein wirklich gutes Verhältnis habe und ich glaube, dass Maurice sich dadurch manchmal bedroht fühlt, weil er denkt, alle sind gegen ihn. Aber das ist ja eigentlich gar nicht so. Wir wollen ihm alle nur helfen, aber wenn wir halt gerade mal wütend auf ihn sind, dann fühlt sich das für ihn so an, das kann ich auch verstehen, würde mir auch so gehen. Und dann fühlt er sich manchmal von uns ein bisschen verraten, auch wenn wir das gar nicht so meinen und das ist dann bisschen schwierig.“ (Amelie, 101)*

Äußerungen beide Eltern betreffend ergaben sich ferner im Verlauf des Interviews und beschrieben eine positive Beziehung.

*„Ja. Ich verstehe mich gut mit meinen Eltern.“ (Melanie, 54)*

*„Mit meinen Eltern mit denen verstehe ich mich eigentlich ziemlich gut.“ (Milla, 105)*

Positiv fiel die Bewertung teilweise trotzdem aus, obwohl es Konfliktpunkte gab.

*„Ja, eigentlich recht gut. Aber wenn's dann irgendwie jetzt zum Beispiel darauf ankommt, dass die Noten stimmen oder so und ich keine Lust habe aber zu üben, dann kommen wir schon manchmal aneinander. Oder wenn ich irgendwas halt zum Essen probieren soll oder was. Geht gar nicht.“ (Josy, 72)*

*„Gut. Kriege öfters Ärger, wenn ich irgendwie Scheiße baue, aber sonst gut.“ (Ole, 67)*

Ein weiterer Punkt findet interessanterweise ebenfalls mehrfach Beachtung. Geschwister bewerten ihr Verhältnis zu den Eltern als positiv, jedoch die Beziehung zwischen dem ADHS-Geschwisterkind und der Mutter sowie dem Vater als belastet bzw. konfliktreich.

*„Gut, also Probleme haben wir nicht. Nur Sina manchmal mit Mama und Papa. Weil Sina schreibt zurzeit schlechte Noten. Die meint, die hätte gelernt, obwohl sie nie gelernt hat. Also ich habe es nie mitbekommen, dass sie gelernt hat.“ (Constantin, 110)*



### 6.2.2 Gemeinsame Zeit und Aktivitäten

Anhand der Frage nach gemeinsamen Unternehmungen mit der Familie wurde ersichtlich, dass diese wahrscheinlich einen positiven Einfluss auf die familiäre Beziehung besitzen. Geschwister, die angaben, viele Aktivitäten mit der Familie zu haben, schilderten insgesamt eine verstärkt gute Beziehung zu allen Familienmitgliedern, die wenig konfliktbelastet war.

Häufig angeführte Aktivitäten die gesamte Familie betreffend, waren Gesellschaftsspiele, Urlaube, Zoobesuche sowie Spaziergänge.

*„Ja, und Samstag machen wir mal dies, gehen zum Tierpark oder gehen halt einfach mal in die Stadt, machen was zusammen. Denken uns dann immer was Neues aus.“ (Stefan, 70)*

*„Ja, halt wir haben jetzt so einen Wohnwagen und jetzt fahren wir, schätze ich, öfters weg. Zum Beispiel in den Osterferien fahren wir nach Holland nochmal. Dann nochmal irgendwann am Wochenende gehen wir zur Surftour. Und ich glaube wir gehen auch mit dem Wohnwagen in den Ferien zur Ostsee, glaube ich. Ja, auf Fehmarn gehen wir dann mit dem Wohnwagen.“ (Ole, 100)*

*„Mensch Ärger Dich Nicht und (...) ja. Das spielen wir meistens, wir fünf zusammen.“ (Larissa, 186)*

*„Manchmal spielen wir Gesellschaftsspiele. Wir machen mal einen DVD-Abend zusammen. Verschiedene Sachen. Letztens waren wir in Essen spazieren.“ (Lucy, 86)*

*„Wenn wir mal, wir waren schon mal im Freizeitpark und da fahren wir manchmal hin. Wir gehen auch in den Urlaub. Da waren wir in Italien und ja, dann sparen wir uns dann irgendwie immer wieder, um das dann uns gönnen zu können.“ (Maria, 25)*

*„Ja, wir unternehmen sehr viel generell mit der Familie. Ja, jetzt zum Beispiel in den Osterferien gehen wir da und da hin oder am Wochenende zusammen auf den Trödelmarkt. Wir machen eigentlich schon viel zusammen. Selbst wenn es mal nur Spazieren gehen ist, aber wir machen etwas zusammen.“ (Anton, 286)*

Somit wirkt sich allem Anschein nach positive gemeinsame Zeit begünstigend auf das Familienklima aus. Dies deckt sich mit den Äußerungen von Hackenberg (2008, 67). Die Autorin benennt ein positives Familienklima als Ressource der Familie insgesamt. Weiterhin betont Hackenberg (ebd.), wirken sich materielle sowie finanzielle Verfügbarkeiten begünstigend aus. In dem Zusammenhang erwähnen Geschwister beispielsweise vermehrt, gemeinsame Urlaube sowie „Shopping-Touren“ mit

insbesondere der Mutter zu genießen. Zudem und außer Acht gelassen von der finanziellen Situation der Eltern, werden Spieleabende sowie Spaziergänge als bereichernd erlebt. Dies zeugt möglicherweise sowohl von einer intakten Partnerschaft als auch von einer gelungenen Eltern-Kind-Interaktion.

Andere Befragte wiederum beschreiben, eher selten gemeinsame Zeit mit der Familie zu verbringen. Diese Nennungen erfolgten jedoch eher geringfügig.

*„Wir machen das zwar selten, aber gerne. Also ich mache gerne einen Spieleabend mit Finja und meiner Mutter.“ (Katrin, 159)*

*„So Spiele halt. Sagen wir mal jetzt, ja, so Phase 10 oder die Siedler oder Mensch Ärger dich nicht. Sowas halt ab und zu. Aber auch nicht sehr oft, würde ich sagen.“ (Ole, 96)*

Gründe hierfür konnten entweder nicht angegeben werden oder es wurde die Erklärung geliefert, dass eine sehr angespannte Atmosphäre vorherrsche. Interessanterweise gaben die befragten Personen an, hierfür sei in erster Linie das Geschwisterkind mit ADHS verantwortlich. Resultierend aus dessen negativen Verhaltensweisen komme es vermehrt zu Streitigkeiten.

*„Dann gibt es irgendwie Mecker, weil Sina zum Beispiel wieder provoziert hat...“ (Constantin, 131/132)*

*„Früher sind wir jedes Jahr zusammen 2 Wochen in den Urlaub gefahren. An die Nordsee oder auch mal geflogen. Das war eigentlich immer ganz nett. Da war mein Bruder dann auch entspannter, konnte den ganzen Tag schwimmen und ja, da ging's. Jetzt eher selten, da mein Vater nicht lange am Stück frei nehmen kann. Letztens waren wir mal 4 Tage in Hamburg. Das war aber eher stressig. Es gab viel Ärger, wer was machen möchte. Das war, glaube ich, nicht so erholend für meine Eltern. Glaube nicht, dass wir sowas bald wieder machen.“ (Anna, 38)*

Anhand dieser Aussagen können erneut Rückschlüsse aus den angeführten Studien aus Kapitel 4.8.4 gezogen werden. Die dort angeführten Ergebnisse beschreiben ebenfalls ein höheres Konfliktpotential in Bezug auf familiäre Beziehungen bei Kindern mit ADHS (z. B. Greene et al., 2001, Smith et al. 2002, Schilling et al., 2006). Nennenswert ist jedoch, dass lediglich fünf der zwanzig befragten Geschwister diese negativen Aspekte anführten. Alle weiteren schilderten durchaus positive gemeinsame Zeit zu verbringen. Hinsichtlich alleiniger Aktivitäten mit einem Elternteil erfolgte in Bezug auf die Mutter

häufig die Aussage, mit ihr gemeinsam „shoppen“ zu gehen. Dies wird durchweg als angenehm beschrieben.

*„Ja, und mit meiner Mama, mit der gehe ich halt öfters shoppen. Das ist halt das; was wir zusammen machen.“ (Stefan, 173)*

*„Manchmal gehen ich und Mama shoppen.“ (Lucy, 90)*

Eine Schwester benannte es nicht gut zu finden, dass die Mutter während ihres gemeinsamen Einkaufs ausschließlich nach Sachen für die Geschwister gucke. Trotz allem hegte sie wiederum Verständnis und merkte an, die gemeinsame Zeit alleine mit der Mutter zu genießen.

*„Ja schon, wir gehen manchmal shoppen zusammen. Das ist dann auch ganz nett. Aber ich finde es nicht so toll, wenn wir dann wieder nur nach Klamotten für meine Geschwister gucken. (...) Ich glaube, weil meine Mutter sonst ein schlechtes Gewissen hat. Weil wir nur alleine einkaufen gehen und dann will sie zumindest immer was für die anderen mitbringen. Ist ebenso, aber ein bisschen was kriege ich ja auch und Hauptsache wir haben mal unsere Ruhe. Wenigstens für eine kurze Zeit, denn wir müssen immer schnell wieder zurück sein, weil dann die anderen wieder da sind und mein Vater Essen braucht.“ (Anna, 40/42)*

Der Vater, scheint auch hier erneut weniger präsent zu sein. Beschreibungen von gemeinsamen Aktivitäten mit ihm alleine erfolgen seltener bzw. es wird auch in dem Zusammenhang des Öfteren betont, dieser habe wenig Zeit. Allerdings erfährt die gemeinsame Zeit mit dem Vater eine besondere Betonung und wird von einigen Geschwistern offensichtlich genossen.

*„Ja, mit meinem Papa bin ich eine Zeit lang joggen gewesen. Das habe ich halt nur mit ihm gemacht.“ (Stefan, 173)*

*„Mit meinem Vater, wenn er Zeit hat, machen wir zusammen auch mal ein bisschen Leichtathletik. Also, das macht uns Beiden Spaß. Also ich selber bin auch im Leichtathletikverein. Mein Vater war auch früher im Leichtathletikverein. Und dann bringt er mir auch manchmal ein bisschen was bei.“ (Milla, 123)*

*„Ich fahre mal über ein Wochenende. Ich fahr mal samstags mit ihm weg und mache einen Ausflug oder so (...) Dann habe ich den Papa mal alleine.“ (Milla, 125/131)*

Weiterhin wurde der Aspekt angesprochen, die Schwester sei aufgrund ihres Alters nicht an gemeinsamen Unternehmungen interessiert und ziehe sich stattdessen zurück.

*„Filme gucken, jedenfalls nur ich, Mama und Papa. Sina will dann wieder skypen. Ich, Mama und Papa gucken gerne Filme, Freizeit ist manchmal auch mitten in der Woche.“ (Constantin, 124)*

Dies weist auf den bereits von Frick (2009, 103) angeführten Aspekt geringfügiger gemeinsamer Interessen bei einem höheren Altersabstand der Geschwister hin, der bei dem oben genannten Bruder ebenfalls vorherrscht.

### 6.2.3 Umgang mit Problemen

Im Rahmen dieser Subkategorie wurde deutlich erkennbar, dass die meisten der Geschwister ausreichend Ansprechpartner in Bezug auf eigene Probleme benennen konnten.

Hierbei wurden primär die Eltern, aber auch Geschwister, Großeltern und Freunde als Vertrauenspersonen angegeben.

*„Mit meiner Mama. Und manchmal auch mit meiner großen Schwester. Oder meinem Papa (...) Die reden mit mir darüber und dann suchen wir nach Lösungen.“ (Milla, 139/141)*

*„Ja, sie geben mir Tipps, wie ich das machen könnte, wie ich das lösen kann und alles so.“ (Mika, 202)*

*„Der Mama oder dem Gerhard, das ist mein Stiefpapa.“ (Jens, 111)“ Wenn die Mama nicht da ist, dann tröstet der mich und wenn der Gerd nicht da ist, dann tröstet mich die Mama.“ (Jens, 113)*

*„Mit Mama (...) Dann hilft sie mir.“ (Maria, 146/148)*

*„Ja. Die sind halt auch offen, also wir reden halt alle immer zusammen und wenn jemand ein Problem hat, dann verheimlicht der das auch nicht oder sagt so, ja, nee, will ich jetzt nicht sagen oder so. Also dass erzählen wir schon so einander und dann versuchen wir auch zusammen so Lösungen zu finden.“ (Josy, 137)*

*„Also ich kann eigentlich jeden in meiner Familie fragen, wenn ich irgendwo ein Problem habe.“ (Stefan, 67)*

Es zeigte sich anhand der Aussagen deutlich, dass die Möglichkeit, eigene Probleme zu besprechen, sehr begünstigende Auswirkungen auf die Bewältigung von Schwierigkeiten allgemein und somit auf das psychische Wohlbefinden der Geschwister zu haben scheint. In einem engen Zusammenhang damit steht in dem Zuge erneut die von Hackenberg (2008, 110) angeführte „offene Kommunikation“ innerhalb der Familie als Ressource für gesunde Geschwisterkinder. Unterschiedlich

verteilte sich im Rahmen der Aussagen jedoch, ob ein bestimmtes Problem mit den Eltern oder z. B. vorzugsweise mit den Freunden besprochen wird. Primär gaben die Geschwister an, Schwierigkeiten die eigene Person betreffend eher mit Freunden zu besprechen, wohingegen z. B. Ärger mit dem ADHS-Geschwisterkind in erster Linie an die Eltern bzw. ebenfalls Großeltern herangetragen wurde. Als eine Erklärung für diese Vorgehensweise lieferte ein Bruder die Antwort, dass es seine Freunde nichts angehe, wie sein Bruder sich verhalte.

*„Mit der Mama meistens, weil ich sage mal sonst mit meinen Freunden, die geht das nichts an. Die brauchen nicht wissen, was wie ist mit meinem Bruder und was nicht. Ja, also das erzähl, das tratsche ich nicht durch die ganze Weltgeschichte, nein. (...) Deswegen, die müssen nicht wissen, was ich Zuhause für ein Problem mit meinem Bruder habe, das interessiert die gar nicht. Also hat die nicht zu interessieren. Wenn die dann fragen, ja, was hat denn dein Bruder heute wieder so verzapft, ich so, geht dich nichts an.“ (Anton, 202/212)*

Diese Aussage lässt zahlreiche Spekulationen offen, da keine eindeutige Ursache geliefert wurde. Möglicherweise ist an der Stelle von einer gewissen Scham auszugehen. D. h. der Befragte möchte vielleicht nicht, dass seine Freunde von dem oftmals negativen Verhalten seines Bruders erfahren und dieser oder auch die gesamte Familie somit ggf. in ein schlechtes Licht gerückt würden. Erwähnenswert sei noch, dass der interviewte Bruder seinem Geschwisterkind grundlegend positiv gegenüber steht.

Habe der selbige Bruder jedoch ein eigenes Problem, gibt er an, dies mit Freunden zu besprechen.

*„Wenn ich selbst ein Problem habe, meistens mit den Freunden.“ (Anton, 206)*

Eine Schwester beschreibt, die Mutter merke, wenn sie ein Problem habe und spreche sie daraufhin an.

*„Nein, also wenn ich jetzt irgendwie zum Beispiel wenn ich nach Hause komme und so total genervt bin oder so oder ich ihr nur so einsilbige Antworten gebe, dann fragt sie mich halt was los ist, oder ob ich sauer auf sie bin oder ob irgendwas in der Schule war oder so.“ (Melanie, 92)*

Eine weitere Schwester merkte an, ein ähnliches Verhalten in früheren Zeiten praktiziert zu haben. Nachdem sie jedoch mit Freunden über ihren Bruder geredet

habe, verspürte sie Erleichterung und konnte ab dem Zeitpunkt besser mit der konfliktreichen und für sie oftmals belastenden Situation Zuhause umgehen.

*„..., also meine Freunde sind eher so, recht praktisch veranlagt, also wenn man denen Probleme erzählt, dann erzählen die, erklären die total sachlich, das es bei denen teilweise anders, auch so ist, also vielleicht nicht in Bezug auf Geschwister, aber auch das sie mit ihren Eltern auch Probleme haben und versuchen mir dann wirklich zu helfen, eine Lösung zu finden.“ (Amelie, 61)*

Früher hingegen habe sie sich eher zurückgezogen, statt mit Freunden über die Probleme mit ihrem Bruder zu sprechen.

*„Ich habe das eigentlich größten Teils verdrängt. Also wenn ich dann weg war, habe ich versucht mich ab zu lenken mit Freunden. Habe ich dann aber auch zeitweise als es schlimm war, auch weil man das nicht so leicht verdrängen konnte, habe ich mich dann zurück gezogen und erst als meinen Freunden so richtig aufgefallen ist, wie ich mich zurückgezogen habe, ich habe das ja Schritt für Schritt gemacht, so dass man das nicht sofort merkt, plötzlich bin ich nicht mehr da.“ (Amelie, 111)*

Das Reden mit ihren Freunden habe sie jedoch im Nachhinein als sehr hilfreich erlebt.

*„Und als sie das gemerkt haben, haben sie mich halt darauf angesprochen und dann kam halt alles raus, alles auf einmal und dann war es auch gut, mal mit anderen darüber zu reden, als mit meiner Mutter. Weil ich für meine Mutter damit ja auch nicht belasten, weil ich weiß ja, sie hat mit meinem Bruder schon genug Probleme und das sie sich meine nicht auch noch anhört und dann freue ich mich, dass mit so unvoreingenommenen Leuten zu besprechen, die da ganz objektiv drauf gucken können. Außerdem haben die, glaube ich, Spaß daran, meine Probleme zu analysieren.“ (Amelie, 115)*

Hier liefert möglicherweise der Altersunterschied eine Erklärung. Seiffge-Krenke (2004, 236) beschreibt, dass sich in der Regel im Laufe des Jugendalters der Kontakt zu Peer-Gruppen intensiviert und eine Ablösung von der Herkunftsfamilie stattfindet. Probleme werden, so die Autorin, verstärkt mit Freunden besprochen. Dies könnte ebenfalls auf die Befragte zutreffen, die bereits siebzehn Jahre ist. Der fünfzehn-jährige interviewte Bruder fühlt sich offenbar noch eher seiner Familie zugehörig und sucht bei dieser Art von Problemen (noch) nicht Unterstützung durch seine Peer-Gruppe. Grossman (1972) führt an, dass offene Gespräche mit Freunden über die Beeinträchtigung des Geschwisters, eine Bewältigungsstrategie darstellen. In Bezug auf die eben genannte Schwester ist dies offenbar sehr zutreffend.

Lediglich eine Schwester beschrieb, ihren Ärger mit sich selbst auszumachen. Sie schilderte, ihre Wut im Kopf herauszulassen.

*„(...) lasse ich eigentlich die Wut im Kopf aus.“ (Ann-Kathrin, 260)*

Die vorangegangene Aussage bezog sich auf Probleme in der Schule. Zuhause gehe sie anders damit um.

*„Also der Lars hat auch mal so einen Boxteil gekriegt mit Boxhandschuhen. Und der sollte immer da dran gehen, wenn er wütend ist. Und das habe ich auch öfter gemacht. Aber dann habe ich einfach, bin ich ins Bett gegangen oder so oder habe mich auf den Teppich gelegt (...) und habe mich erstmal ausgeruht.“ (Ann-Kathrin, 268)*

Dies waren äußerst bemerkenswerte Antworten für eine Neunjährige, was eine besondere Bewältigungsstrategie aufzeigt. Inwieweit diese förderlich bzw. hinderlich erscheint, zeigte sich aber bisher nicht erkennbar.

Eine Vielzahl weiterer Geschwister gab an, sich bei Problemen der Oma oder Freunden zuzuwenden. Eine Schwester schilderte zudem, sich in psychologischer Behandlung zu befinden.

*„Ich rede dann auch mal mit meiner Oma darüber (...), weil die mich halt versteht. Und ich halt immer zu ihr kommen und gehen kann wenn irgendetwas ist (...) Ja, die hält dann immer zu mir. Also ich gehe auch zu einer Psychologin, weil ich halt immer Migräne habe und so und dann ist halt, wir haben da so darüber geredet und dann kam halt heraus, dass es halt sehr viel mit der Familie zu tun hat. Dass ich halt immer solchen Stress habe und sowas.“ (Jana, 66/68/70)*

*„Mit meiner Freundin oder mit meiner Oma (...) Ja, die hören halt mir zu und dann geben sie mir halt auch so ein bisschen Tipps und so. Das stärkt mich dann halt irgendwie.“ (Jana, 199/201)*

An dieser Stelle lässt sich ein Bezug zur Studie von Schilling et al. (2006, 298) herstellen. Laut deren Erkenntnissen, wirke sich das Ausmaß des hyperkinetischen Verhaltens des Geschwisters auf die psychosoziale Anpassung der gesunden Geschwister aus. Insbesondere im Zusammenhang mit verstärkten Problemen im internalisierenden Bereich. Möglicherweise trifft dies ebenfalls auf die eben zitierte Schwester zu.

In einem Fall wird die Zwillingschwester als besonders hilfreich und unterstützend erlebt.

*„Mit Ann-Kathrin. (...) Ja, wenn ich krank bin, dann kommt die und gibt mir alles...Gut, dass ich so eine Schwester habe.“ (Larissa, 133/153/159)*

In Bezug auf schulische Probleme wurde angegeben, sich entweder an die Lehrer zu wenden oder es alleine zu lösen.

*„Ich versuche es halt zu regeln. Zum Beispiel in der Schule. Wenn ich Hausaufgaben habe, die ich gar nicht verstehe, dann verstehe ich sie auch wirklich gar nicht und gehe am nächsten Tag einfach, sage ich, ich habe keine und frage dann halt den Lehrer, ob er es uns/ ich frage eigentlich meistens. Oder schaffe es irgendwie noch selber.“ (Ole, 120)*

#### **6.2.4 Streit mit den Eltern**

Im Fokus dieses Punktes steht das Thema „Streitigkeiten mit den Eltern“. Besonders auffällig im Rahmen der geschwisterlichen Äußerungen diesbezüglich war, dass deutlich weniger Auseinandersetzungen mit den Eltern im Vergleich zu Streitigkeiten mit dem Geschwisterkind im vorangegangenen Kapitel, beschrieben wurden. Vorrangige Themen an dieser Stelle waren Auseinandersetzungen in Bezug auf Schule und Ordnung halten.

*„Ja, mit meiner Mutter, weil ich bin auch teilweise so ein fauler Sack, muss ich sagen. (...) Ja, man muss mir auch immer so einen Schub geben oder manchmal gibt es auch Stress mit meiner Mutter, wenn ich halt einen Test verhauen habe oder so. Aber es sind dann halt immer so Kleinigkeiten teilweise. Dann sage ich immer ja, nächstes Mal besser und er wird dann auch meist besser. Und ja. Aber so eigentlich nicht viel Streit.“ (Stefan, 74)*

*„Ich bin halt nicht so gut in der Schule wegen den ganzen Noten von den Arbeiten, weil ich dann halt immer so einen Blackout bekomme und ich dann halt gar nichts weiß. Und meine Mama halt in letzter Zeit immer sagt, das wäre eine Ausrede, aber das gar nicht so ist, weil sie sagt, ich lerne gar nicht. Das stimmt halt gar nicht, deswegen streiten wir uns halt auch immer.“ (Jana, 185)*

*„Wenn ich mein Zimmer manchmal nicht aufräumen will.“ (Milla, 147)*

Sehr interessant erschien die häufige Nennung, dass es vermehrt zu Streitigkeiten zwischen dem Geschwisterkind und den Eltern komme. Diese wirken sich, laut



Schilderungen der Befragten, insgesamt negativ auf die gesamte Atmosphäre innerhalb der Familie aus.

*„(...) Ja, und dann ist halt morgens immer Zeitdruck und kriegt sich dann mit meiner Mutter in die Haare (...) Aber wenn er aber total keinen Bock hat, sitzt er da wirklich vier Stunden an seinen zwei Hausaufgaben, guckt durch die Gegend, hat irgendwelches Spielzeug, spielt damit und das ist dann immer so eine Stresssache mit meiner Mutter. Kann es auch mal lauter werden. Aber das ist dann auch meistens wieder gegessen.“ (Stefan, 80)*

Auf die Frage hin, welche Auseinandersetzungen es gebe, gab der Bruder die Antwort

*„Ja, meistens wegen meinem Bruder.“ (Stefan, 138)*

An dem Punkt kommt es zu einer erneuten Deckung mit den in Punkt 4.8.4 angeführten Studien. Smith et al. (2002) beispielsweise schlussfolgerten signifikante Zusammenhängen zwischen Verhaltenssymptomen, die mit einer ADHS assoziiert werden sowie problematischer Familienbeziehungen.

Zudem wurde mehrfach angemerkt, das ADHS-Geschwisterkind würde bevorzugt und der Ärger seitens der Eltern sei ungerecht verteilt.

*„Irgendwie um die Schule, entweder habe ich wieder irgendetwas mit dem Damian gehabt, entweder um die Schule, dann ja du machst jetzt den Computer aus, du hast genug gespielt für heute. Ich jetzt so ja, aber der Damian sieht auch schon so lange fernsehen, der soll das auch ausmachen. Ja, das ist mir aber egal, kannst ja auch Fernsehen gucken und so (...) Ja, dann sage ich, nein er spielt doch auch noch, ja dann macht er das gleich auch aus. Jetzt gleich, dann kommt man eine halbe Stunde später runter dann ist er immer noch dabei. Und dann denke ich mir, mach ich jetzt auch weiter. Und dann gibt es irgendwelchen Streit.“ (Anton, 260/266)*

*„Ich kriege öfters Ärger als er (...) Halt, er fängt irgendwie an und ich/ mich nervt es dann halt ziemlich doll und dann werde ich halt wütender und dann kriege ich den Ärger. Oder wenn er mich zum Beispiel aus Spaß schlägt, ich dann aus Spaß zurückschlage und ihm tut dann das richtig weh, kriege ich auch Ärger. Obwohl es eigentlich bei beiden aus Spaß war.“ (Ole, 81/83)*

Daraus scheint sich möglicherweise ein Risikofaktor für eine ungünstige Entwicklung der gesunden Geschwister abzuzeichnen.

Laut Achilles (2013) sei die häufig an Geschwister behinderter Kinder gestellte Anforderung, Rücksicht zu üben und Verantwortung zu übernehmen. Natürliche, normative Aspekte im Zusammenhang mit der Geschwisterbeziehung wie Rivalität,

Durchsetzungsvermögen und Konkurrenzverhalten seien untersagt. Identitätsfindung, Abgrenzung und Nähe seien Prozesse, die somit beeinträchtigt werden können (Achilles, 2013, 44 ff.). Inwieweit diese Gefahr bei den interviewten Kindern und Jugendlichen besteht, die sich subjektiv benachteiligt fühlen, lässt sich mit Wahrscheinlichkeit nicht eindeutig festmachen, die Möglichkeit besteht jedoch sicherlich.

Weiterhin Erwähnung fand die Einschätzung, es komme zu weniger bis keinen Auseinandersetzungen mit den Eltern, wenn das Geschwisterkind mit ADHS nicht anwesend sei. Dies spricht wiederum für den starken Einfluss der Verhaltenssymptome auf das Familiensystem (z. B. Schilling et al, 2006).

*„Also wenn Linus dabei ist, dann streiten wir uns schon ein bisschen öfter, aber im Moment ist es eigentlich wieder besser geworden, aber ich muss auch sagen, wenn ich mit meinen Eltern alleine bin, streite ich mich gar nicht mit ihnen.“ (Lara, 93)*

*„Zum Beispiel, ich gehe heute Abend auch mit meiner Mutter ins Kino und so. Also wir verstehen uns eigentlich schon relativ gut, aber manchmal ist es halt so, dass der Lennart uns so alle so strapaziert und natürlich wenn dann irgendeine Kleinigkeit ist, worüber man sich sonst eigentlich nicht aufregen würde, regt man sich dann sofort auf und dann gibt es immer so Diskussionen. Ja, aber eigentlich beruhigen wir uns dann auch immer ganz schnell. Ja.“ (Josy, 95)*

Zwei der befragten Geschwister gaben an, kaum bis gar nicht mit ihren Eltern zu streiten.

*„Wir haben auch gar nicht so oft Streit. Also keiner so richtig.“ (Lucy, 142)*

*„Ja, also wenn ich richtig streite, hatte ich eigentlich noch nie mit meinen Eltern. Höchstens so, wenn ich jetzt irgendwie so eine, keine Ahnung, im Vokabeltest eine Vier oder Fünf nach Hause gebracht habe und dann haben meine Eltern gesagt, ja, dann gehst du heute mal nicht zum Training. Aber ich wollte halt irgendwann zum Training gehen. Oder so du, nein, du übst jetzt mal Vokabeln oder irgendwie nein, ich habe keine Lust und ja, sonst aber eigentlich nie.“ (Lara, 74)*

Hierbei ist zu erwähnen, dass diese Kinder ebenfalls eine gute Beziehung zu ihrem ADHS-Bruder beschrieben. Fraglich bleibt natürlich, inwieweit oder ob diese Aussagen eine sozial erwünschte bzw. vermeidende Tendenz besitzen. Da allerdings im Rahmen aller Interviews dem Gefühl nach sehr ehrlich geantwortet wurde, ist an der Stelle wohl auch von der Wahrheit auszugehen.

### 6.2.5 Konfliktlösestrategien

In Bezug auf die Frage, wie vorangegangene Konflikte mit den Eltern gelöst werden bzw. was nach einem Streit passiert, waren die Aussagen erneut ambivalent und offenbarten diverse Lösungen der Geschwister im Streit. Sehr dominant zeigte sich auch hier erneut die Tendenz des „Rückzugs“ und somit die Wahl der gleichen Strategie wie bei Streitigkeiten mit dem Geschwisterkind. Unterschiedlich wurde die Situation danach, d. h. das Wiederaufeinandertreffen, beschrieben.

Ein Teil der Befragten gab an, aus eigener Sicht ungerechtfertigt, öfter Ärger zu bekommen als der Bruder mit ADHS.

*„Ja, wenn wir uns streiten und er mich halt dann wieder ärgert, dass sie dann halt nicht sagen, dass wir aufhören sollen, sondern dass er aufhören soll, weil wenn ich dann irgendetwas mache, dann sagen sie immer ich soll aufhören, wenn er irgendetwas macht, dann heißt es immer, wir sollen aufhören.“ (Stefan, 118)*

Als Umgang mit dieser als „unfair“ erlebten Situation wird nahezu einstimmig der Rückzug ins Zimmer oder zu Freunden angegeben. Im Anschluss hätte sich die Atmosphäre verbessert und normale Gespräche seien wieder möglich. Ein Teil der Geschwister äußerte, es habe sich irgendwann alles wieder normalisiert. Konflikte blieben dabei, laut Schilderungen, eher unausgesprochen.

*„(...) irgendwann gehe ich dann halt wieder in das Wohnzimmer und dann reden wir wieder normal.“ (Stefan, 191)*

*„Das läuft eigentlich fast genauso ab. Dauert zwar nur mal ein bisschen länger, meistens bin ich ja den ganzen Tag noch mit meinen Freunden weg. Dann frage ich ja, wann soll ich denn Zuhause sein und ja, kaum bist du hier, dann bin ich weg. Dann nehme ich mein Handy mit, falls irgendetwas sein sollte und dann bin ich weg. Dann habe ich meine Ruhe, gehe ich draußen mit den Freunden, mach da irgendetwas und dann kommen wir abends wieder zurück. (...) Dann geht es eigentlich wieder, einigermaßen, ja.“*

*(Anton, 272/273)*

*„Ja, dann gehe ich halt in mein Zimmer und dann will ich auch alleine sein, meine Ruhe haben.“*  
*(Jana, 189)*

Als positiv und nachhaltiger geschildert wurde, wenn im Anschluss noch einmal ein klärendes Gespräch, ggf. verbunden mit einer Entschuldigung, stattfand. Die Befragten

äußerten ein insgesamt besseres Familienklima und erhielten subjektiv mehr Akzeptanz und individuelle Wertschätzung, was sich begünstigend auf den Selbstwert der Kinder auswirken kann. Allem Anschein nach, waren in dem Zuge ebenfalls die Eltern in der Lage ihr Verhalten zu reflektieren und eine Entschuldigung auszusprechen. Diese Dinge werden ebenfalls im Rahmen der Elternberatung bei Familien mit einem behinderten Kind thematisiert und stellen eine wichtige Komponente in Bezug auf das psychische Wohlbefinden der Geschwister dar (Hackenberg, 2008, 127 f.).

*„Also wir gehen dann eigentlich immer irgendwo hin und setzen uns mal kurz hin und denken über alles nach und dann irgendwann entschuldigen wir uns einfach immer bei allen wieder. Also das ist eigentlich immer das gleiche, dass wir uns erst kurz beruhigen und dann gehe ich dann immer in mein Zimmer oder so.“ (Lara, 97)*

*„Ja, wir sprechen dann nochmal irgendwie, glaube ich, ein bisschen kurz drüber und dann tut es auch. (...)“ (Ole, 79)*

*„Ja, dann entschuldige ich mich meistens und dann ist die Sache auch wieder geklärt.“ (Stefan, 78)*

Eine Schwester schilderte, sich nach einer Auseinandersetzung, Strategien zu überlegen, wie sie die Forderung der Eltern und ihre eigenen Interessen in Einklang bringen kann.

*„Ja, meistens überlege, also gehe ich dann halt hoch und sage dann oder überlege mir halt irgendwas, dass ich das beides zusammen krieg irgendwie. Ja, ich übe jetzt zehn Vokabeln und dann fragt ihr mir die heute Abend ab und ich gehe zum Fußball. Und wenn der nächste Vokabeltest nicht besser wird, dann darf ich irgendwie nicht zum Fußball oder so was. Aber dann mache ich das dann auch, dann üben, wenn ich gar keine Lust habe. Ja.“ (Josy, 76)*

Ein befragter Bruder gab an, dass sich der Streit zwischen seiner Schwester mit ADHS und den Eltern zu seinen Gunsten auswirke.

*„Dann sind sie zu mir lieber. Also nachdem die sich gestritten haben, wenn ich sie frage, sind sie halt im Vergleich zu meiner Schwester nicht so grimmig zu mir jetzt, als nachdem die Zeit hatten und irgendwas gefragt hat. Zum Beispiel sind die nicht so grimmig zu mir danach.“ (Constantin, 162)*

*„Nett. Ja, eigentlich schon. Ja. Die hatten ja gerade Streit, meine Schwester rennt nach oben, dann kann ich auch verstehen, wenn die gerade etwas netter zu mir sind. Also jetzt nach dem Streit, ja. (...)“ (Constantin, 166)*

Häufig angeführt wurden Konflikte zwischen dem ADHS-Kind und den Eltern. Die Antwort einer Schwester diesbezüglich schildert den konträren Umgang der Eltern mit dieser Situation. Wohingegen die Mutter als eher nachgiebig bis resignierend beschrieben wurde, schilderte die Befragte die Reaktion des Vaters als strikter und konsequenter sowie effektvoller.

*„Ja, also mein Vater, der rastet halt schon etwas schneller aus bei meinem Bruder, weil dann trampelt er halt und dann so ein komisches, so halt so ein Angry-Gesicht so. Und dann läuft er halt zu meinem Bruder und meckert den halt dann auch an. Bei meiner Mom, die ist eher dann so frustriert, sagt das meinem Bruder halt auch, was er jetzt falsch gemacht hat und so, aber die hat da keine Lust mehr mit dem sich rumzuzanken, weil sie eh weiß, dass er nicht auf sie hört.“*  
(Josy, 85)

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der Mutter die größte praktische und emotionale Belastung zuzuteilen ist, was mit einer allgemeinen Einschränkung ihrer Zufriedenheit in Verbindung stehen kann und sich als ungünstiger Faktor für die gesunde Entwicklung der Kinder aufweist. Genau hier sieht auch Hackenberg (in Achilles, 2013, 55) einen wichtigen Zusammenhang zum Wohlbefinden der Geschwister behinderter Kinder. Eine psychisch starke und zufriedene Mutter sei im Umkehrschluss als protektiver Faktor zu sehen, so Hackenberg (ebd., 2013, 55 f.). Zudem beschreibt sie die eigene Reaktion und erwähnt, sich Gedanken zu machen, warum der Bruder dies tue. Sie gibt an, der Bruder frage sie um Rat, was er falsch gemacht habe.

*„Ich denke mir dann eher so, ja, warum ändert er sich nicht? Also, ich mache mir dann eher Gedanken, wieso er das nicht verändert. Und dann, ja, manchmal kommt mein Bruder halt auch zum mir an: Was habe ich falsch gemacht? Das war doch gar nicht so falsch oder so was. Und dann erkläre ich ihm das dann auch. Und manchmal merkt er das dann auch selber, aber manchmal sieht er das auch gar nicht ein.“* (Josy, 87)

Dies lässt auf ein stärkeres emotionales involviert sein der Schwester schließen. Konträr hierzu beschreibt ein Bruder sich bei Konflikten das Geschwisterkind und die Eltern betreffend, rauszuhalten und den Ort zu verlassen. Inwieweit ihn dies jedoch noch nachhaltig beschäftigt, erweist sich als fraglich.

*„Ich halte mich da eigentlich raus, frühstücke in Ruhe zu Ende und packe dann meine Schulsachen, mache mich weiter fertig und dann gehe ich auch.“ (Stefan, 84)*

### 6.2.6 Häusliche Pflichten

Die Übernahme häuslicher Pflichten zeigte sich, laut Aussagen der meisten Geschwister, als gerecht verteilt. Von insgesamt vierzehn Äußerungen diesbezüglich, gaben lediglich drei der Befragten an, der Bruder halte sich nicht dran bzw. mache weniger bis gar nichts.

*„Nein, also er muss eigentlich gar nichts machen, also seinen Teller in die Küche stellen, aber auch nicht in die Spülmaschine räumen und ich muss dann halt Tisch decken oder abdecken. Weil es sonst heißt, ich bin faul und er macht halt gar nichts. Und dann sage ich ihm halt auch mal, sagt meine Mami ja, mach mal, räum mal das weg, ja, und nach zwei Minuten ist das eh wieder vorbei.“ (Stefan, 152)*

*„Ja, weil er sich immer rauszieht, irgendwie, ja, ich mache jetzt mein Zimmer. Ja, dann lass doch dein Handy hier unten. Ja, nee, ich brauche das um auf die Uhr zu gucken. Du hast einen Wecker dafür. Nein, habe ich nicht, nein, ich will auf das Handy gucken. Außerdem muss das laden und ihr spielt doch eh nur daran rum. Obwohl wir noch nicht mal den Code wissen. Und dann spielt er halt nur am Handy und macht halt nichts.“ (Josy, 110)*

*„Ja, jeder hat so seine Aufgaben. Wie Müll raus-bringen, Spülmaschine ausräumen, mal wischen usw. Aber wenn mein Bruder gerade wieder auf 180 ist, macht er nichts davon und bevor es total ausartet, mach ich es, oder meine Mutter. Wenn gerade aber die Stimmung ok ist, hält auch er sich an die Pflichten.“ (Anna, 52)*

Der Großteil jedoch schilderte, die Verteilung sei gerecht.

*„Ja, also bei mir war das ja vorher auch so. Und ja, das ist schon gerecht eigentlich.“ (Melanie, 88)*

*„Ja, ist gleich verteilt.“ (Ole, 106)*

Dieser Aspekt offenbarte sich, entgegen den Erwartungen des Interviewers, als sehr unkompliziert. Im Rahmen der zahlreichen Anführungen diverser Konfliktsituation, kam es kaum zur Nennung subjektiv ungerecht verteilter Hausarbeit. Ebenfalls ältere Geschwister, bei denen ggf. davon auszugehen wäre, es würde verstärkt Hilfe ihrerseits erwartet, negierten eine empfundene Benachteiligung diesbezüglich.

Eine vorangegangene, häufiger geschilderte von den Eltern eingeforderte Rücksichtnahme des Geschwisterkindes, wurde hier nicht deutlich ersichtlich.

Zusammenhängen könnte dieser Tatbestand möglicherweise mit den Anführungen von Weisner (1993). Dieser betont, dass insbesondere die elterliche Gleichbehandlung und die Versorgungspflichten der Geschwister sich kulturell sehr stark unterscheiden. In unserer westlichen Kultur, so Weisner, finde eine Dominanz der elterlich idealisierten Gleichbehandlung von Geschwistern statt, wohingegen in anderen Gesellschaften Unterschiede als selbstverständlich angesehen werden (Weisner, 1993, 78). Ggf. sind die Eltern an dieser Stelle, kulturell bedingt darauf bedacht, ihren Kindern nicht zu viele Pflichten zuzumuten bzw. Unterscheidungen ihrerseits zu meiden.

### 6.2.7 Subjektive Sicht der Familie im Vergleich zu anderen

Im Rahmen dieser Subkategorie werden Aussagen angeführt, die beschreiben, ob und inwieweit die Geschwister Unterschiede bei ihrer Familie im Vergleich zu der eines Freundes / einer Freundin feststellen. Im Allgemeinen wurde ersichtlich, dass die Mehrzahl der Befragten zwar Unterschiede bemerkt, die eigene Familie jedoch sehr positiv darstellt und betont, es nicht anders haben zu wollen. Vielfach wurde der Aspekt genannt, es gehe bei anderen ruhiger zu.

*„Manchmal, dass es nicht so laut ist. Aber ich finde auch irgendwie gut, dass ich so viele Geschwister habe. Und ich wollte nicht irgendwie, dass ich ein Geschwisterkind weniger hätte.“*  
(Milla, 169)

*„Bei meinen Freunden ist (...) eigentlich sehr ruhig (...) Das ist sozusagen traurig, weil ich finde es irgendwie, das mit den Eltern reden, wenn man nach Hause kommt, ist eigentlich was Wichtiges, (...) Finde es immer ein bisschen traurig, wenn man da einfach nach Hause geht und ins Zimmer geht und nichts sagt.“* (Stefan, 90/92)

*„Also der Tom, er ist halt anders. Der Tom ist halt ein bisschen aufgedrehter und so. Und das ist halt das, was unterscheidet dann. Aber nicht im schlechten Sinne. Nur im Guten.“* (Mika, 117)

*„Ja, bei meinen Freund, also dem seine Schwester, von meinem Kumpel, die hat keine ADHS, die ist halt etwas ruhiger, die streiten sich natürlich auch, machen das glaube ich alle. Nur da ist es halt etwas ruhiger, also nicht so aufgeköcht. Also, bei uns ist schon mehr Stimmung (...). Aber tauschen will ich nicht.“* (Anton, 302/304)

Die oben angeführten Zitate in Bezug auf eine verstärkte Lautstärke Zuhause, besaßen allesamt einen ausklingenden, positiven Aspekt. Das für ADHS-Kinder symptomatisch hyperaktive Verhalten, wie es in zahlreicher, bereits angeführter Literatur beschrieben

wurde (z. B. Döpfner et al., 2010), erhielt besondere Beachtung bzw. wurde als speziell im Vergleich zu anderen Familien / Geschwistern bewertet. Allerdings resultierte hieraus keine negative Bewertung. Im Gegenteil, die meisten Befragten mit Äußerungen diesbezüglich erlebten dieses Verhalten positiv, ohne jeglichen Veränderungsbedarf. Anzumerken sei hierbei, dass dieser Teil der Geschwisterkinder eine insgesamt im Interview positivere Haltung gegenüber ihrem Geschwister mit ADHS aufwiesen. Diese wurde insbesondere anhand der Schilderung gemeinsamer Unternehmungen und verstärktem Verständnis deutlich. Offensichtlich zeigt sich aufgrund dieser Aussagen der Einfluss zahlreicher innerer und äußerer Ressourcen auf die Beziehungsgestaltung (Hackenberg, 2008, 110).

Als verstärkt negativ bei der eigenen Familie im Vergleich zu der eines Freundes / einer Freundin wurden die Bevorzugung des eigenen Bruders sowie gehäufte Streitigkeiten angeführt.

*„Ja, also ich merke das halt nicht so, dass da der kleine Bruder bevorzugt wird wie es bei mir ist. Und es wird halt auch nicht so/ wie soll ich das erklären, es ist halt nicht so mit der Bevorzugung. Aber da ist auch nicht so viel Unterschied zwischen den beiden. Ich glaube nur zwei Jahre. Ja, und es ist halt viel ruhiger da bei denen. Es gibt halt nicht so viel Streit.“ (Jana, 207)*

*„Oh, hmm, ich denke, es geht ruhiger zu. Die streiten zwar auch mit ihren Geschwistern, aber es ist gleichberechtigter. Da brüllt jeder mal rum. Es muss nicht immer einer Rücksicht nehmen. Ja, irgendwie ist da nicht so viel in der Luft, deshalb bin ich gerne bei denen.“ (Anna, 68)*

Anhand dieser Aussagen wird erkennbar, dass das Ausmaß des hyperkinetischen Verhaltens des Kindes sich verstärkt negativ unter anderem auf die Geschwisterbeziehung auswirken kann. Ebenfalls Einfluss auf diesen Stressor (Perrez, 1998) haben die vorhandenen Coping- bzw. Bewältigungsstrategien der einzelnen Familienmitglieder. Insbesondere die eingeforderte Rücksichtnahme der Geschwister seitens der Eltern zeigt sich anhand der Schilderungen als auffallend negativ bewerteter Unterschied der Befragten im Vergleich zu der Familie von Freunden.

Ein eher kleiner Teil der Geschwister erklärte, keine gravierenden Differenzierungen im Vergleich zu der Familie von Freunden zu erleben.



*„Ja, die anderen Eltern sind halt immer nicht so streng wie meine und da dürfen die auch viel mehr halt. Aber sonst ist kein großer Unterschied.“ (Ole, 110)*

*„Habe ich noch nicht so richtig drüber nachgedacht. Aber ich glaube nicht so wirklich. Also große Unterschiede.“ (Lucy, 150)*

Wobei eine Schwester zwar anmerkt, es gebe keine großen Unterscheidungen, jedoch betont sie, man müsse sich um ihren Bruder in besonderer Form kümmern.

*„Ich sehe da nicht so einen großen Unterschied. Nur halt, dass man öfter auf ihn aufpassen muss, sage ich jetzt mal so. Also irgendwie, man kann die Geschwister von denen irgendwie mehr alleine lassen und die kommen auch mehr zurecht. Zum Beispiel auch die kleine Schwester von einer Freundin, die ist auch total gut in der Schule und macht immer alles alleine. Kann zum Beispiel total gut Vokabeln auswendig lernen und so. Und das ist halt alles, da muss man sich halt mehr drum kümmern sozusagen.“ (Lara, 109)*

An der o. g. Stelle wird die auferlegte Verantwortung dem Geschwisterkind mit ADHS gegenüber explizit hervorgehoben. Dies könnte möglicherweise einen Stressor für die Schwester darstellen, dem sie mit häufiger Rücksichtnahme begegnen muss.

### **6.2.8 Wünsche für die Familie**

Hinsichtlich der sehr allgemein gehaltenen Frage nach den subjektiven Wünschen für die Familie kam es größtenteils zu sehr bemerkenswerten Aussagen. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen betonte, sich eine Änderung in Bezug auf den Bruder mit ADHS zu wünschen. Dies spaltete sich auf in Dinge, die das persönliche Leben der Geschwister angenehmer gestalten würden, wie beispielsweise die Verbesserung der medikamentösen Therapie des Bruders und eine damit erhoffte, positive Verhaltensänderung.

*„Dass es vielleicht so ein Dauermedikament für Matthias gäbe. Damit der das nicht immer wieder nehmen muss. Und wenn er das dann halt manchmal vergisst, dass er dann nicht so impulsiv ist (...). Dann wäre der glaube ich immer nett. Und wir würden uns total gut verstehen.“ (Milla, 179/181)*

*„Ich würde mir wünschen, dass mein Bruder anders ist, halt nicht so aggressiv und beleidigend. Das wäre für uns alle eine riesen Erleichterung. Da das schwierig ist, da er ja nun mal so ist wie er ist, hoffe ich zumindest, dass er bald ein Medikament kriegt, was bis abends anhält und nicht schon nachmittags aufhört zu wirken. Das wäre auch viel entspannter, denke ich.“ (Anna, 70)*

*„Ich glaube ich fände es toll, wenn vor allem Linus (...), beim Essen ruhiger wäre. Ich weiß nicht, es ist so, beim Abendessen, wenn einfach mal alle zusammen, kann sich über den ganzen Tag*

*austauschen sozusagen und wenn dann die ganze Zeit einer rumhampelt und die ganze Zeit aufisst alles und dann direkt wieder zum Fernsehen geht, ist das halt anstrengend und man kann sich überhaupt nicht so, sozusagen wie eine Familie fühlen, sage ich jetzt mal, weil man die ganze Zeit, ja mit Linus sozusagen sich da so beschäftigt, weil er halt eklig ist.“ (Lara, 125)*

Die Antwort eines Bruders bezieht sich auf den Wunsch nach weniger Streit sowie auf eine verminderte Bevorzugung des Bruders mit ADHS durch die Eltern. Diese sei bedingt durch das Vorhandensein der Krankheit und wird offenbar als belastend erlebt.

*„Ja, dass wir uns nicht mehr so viel streiten alle und dass halt mein Bruder nicht mehr so bevorzugt wird wegen der Krankheit.“ (Stefan, 211)*

Ergänzend kam es bei einer Schwester zu der Nennung von Wünschen, die eine Verbesserung für den Bruder mit ADHS und damit einhergehend ebenfalls für die Eltern nahelegten.

*„Ich würde mir einfach wünschen, dass es meinem Bruder besser geht und er auch, dass wenn jetzt, wenn mein Bruder älter wird und ich werde ja auch achtzehn, dass meine Eltern ein bisschen Zeit für sich haben und dass mein Bruder auch mal ein bisschen alleine zurechtkommt. Es ist auch teilweise, wenn meine Eltern abends weg sind, dass es ihnen lieber ist, wenn ich auch Zuhause bin, meinen Bruder nicht alleine lasse und alles und ich wünsche mir einfach das meine Eltern deswegen noch öfter weg gehen würden. Ich würde auch öfter da bleiben, das ist dann ja auch kein Drama, er macht dann auch meistens keine Probleme mehr, weil er nur in seinem Zimmer sitzt. Aber meine Eltern gehen oft deswegen nicht weg und das finde ich irgendwie schade, weil dann sind sie auch immer total angespannt. Sie arbeiten ja auch zusammen (...) Und das heißt, sie haben zusammen immer denselben Stress und alles. Die machen nie mal was für sich und das finde ich eigentlich schade und ich würde mir auch wünschen natürlich das Maurice wieder gesund wird und Zuhause ein anderer Umgangston herrscht und ja, dass er einfach ein bisschen ruhiger wird. (Amelie, 117/119)*

Die Schilderung dieser Befragten zeigt ein starkes Empathieverständnis. Sie gibt an, eigene Bedürfnisse, wie das Ausgehen, zurückzustellen, damit ihre Eltern mehr Zeit für sich in Anspruch nehmen können. Möglicherweise lässt sich dieses Rollenverhalten der Schwester als altruistisch einstufen. Der Bruder mit ADHS scheint in diesem Fall verstärkt die konträre Position des egoistischen / egozentrischen Kindes einzunehmen (wie beschrieben auch von Frick, 2009, 98 f.).

Die weitere Aussage einer anderen Schwester lässt erkennen, sie würde sich wünschen, weniger Verantwortung für ihren Bruder übernehmen zu müssen. Wie bereits im Verlauf der Ausführungen häufiger betont, scheint auch diese Befragte hierdurch eine Belastung zu verspüren.

*„Eigentlich nur, dass mein Bruder irgendwann auch mal einsieht, dass er ja nicht immer mit dem, was er sagt, Recht hat. Oder dass er, wenn jetzt irgendwie, dass er auch mal auf die Eltern, auf meine Eltern hören soll. Nicht nur auf mich hören soll. Also, meistens (...) Dass ich nicht so viel Verantwortung über ihn übernehmen muss.“ (Josy, 121/123)*

Ein Bruder beschreibt sich zu wünschen, dass sein ADHS-Geschwisterkind in der Schule „zurechtkommt“ und diese schafft. Bereits im Kapitel 6.1.8 (Sorge um das Geschwisterkind), wurde dieser Aspekt der „Zukunftssorge“ in Bezug auf den Bruder / die Schwester mit ADHS vermehrt angeführt.

*„Ja, dass der Tom da in der Schule halt zurechtkommt. Dass er das alles da schafft. Das wäre so eigentlich so.“ (Mika, 208)*

Weitere, angeführte Wünsche bezogen sich eher allgemein auf den Erhalt familiärer Gesundheit, Glück sowie ausreichend finanzielle Ressourcen.

*„Dass wir glücklich sind, dass wir Harmonie, keine Ahnung. (...) Ja, das klingt gut. (...)“ (Lucy, 152)*

*„Dass alle leben. Also nicht tot wären. (...) Und mehr nicht. Oder, (...) viel Geld haben.“ (Larissa, 204)*

*„Ich würde mir wünschen, dass wir immer weiterhin im Glück leben. Dass es da keine Krankheit irgendwie gibt. Dass jemand sich verletzt oder so. Sonst gibt es eigentlich keine Wünsche. Sonst ist mein Leben in Ordnung.“ (Maria, 151)*

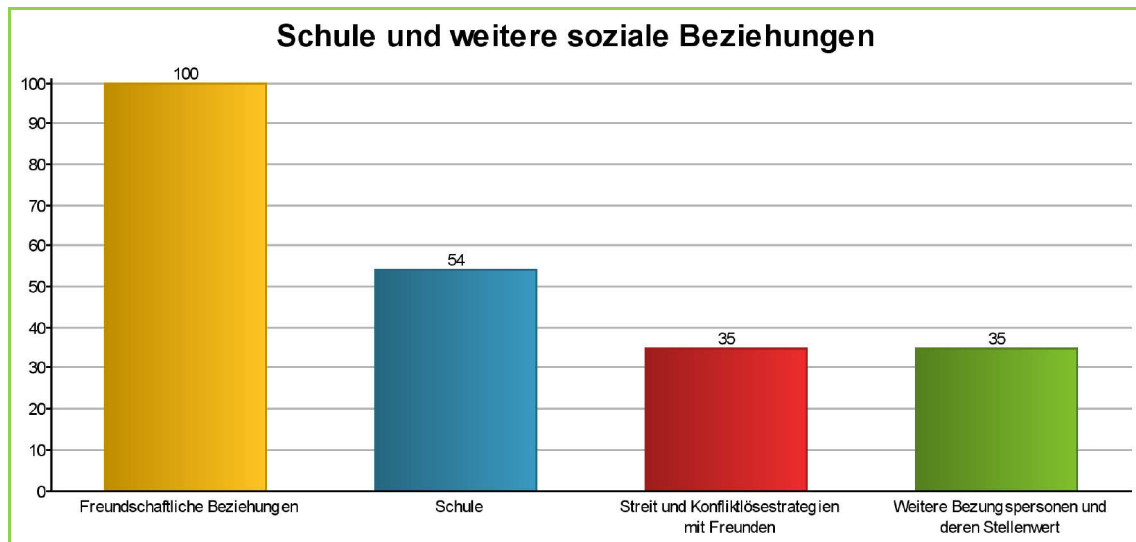
Die eben angeführten Aussagen befanden sich jedoch in der Minderheit. Trotz der sehr allgemein gehaltenen Frage nach den Wünschen für die Familie, wurde seitens fast aller Geschwister ein Veränderungswunsch in Bezug auf das ADHS-Geschwisterkind angegeben.

### 6.3 Kategorie 3: Schule und weitere soziale Beziehungen

Die sich nun anschließende Kategorie nimmt Bezug auf die subjektive Einschätzung der Geschwister zum Thema „Schule“. Weiterhin werden Beziehungserfahrungen, primär außerhalb der Familie, dargestellt und diskutiert.

Die folgende Abbildung 14 zeigt, dass zahlreiche Aussagen in Bezug auf „freundschaftliche Beziehungen“ existierten. Dies spricht womöglich für einen hohen Stellenwert derer. Konflikte wurden im Gegensatz zur ersten Kategorie „Geschwisterbeziehungen“ sehr viel weniger angeführt.

**Abb. 14: Quantitative Verteilung der Subcodes zur Kategorie „Schule und weitere soziale Beziehungen“**



Quelle: eigene Darstellung.

#### 6.3.1 Schule

Die nun folgenden Ausführungen liefern aus den Aussagen der Befragten gewonnene Erkenntnisse zur Bewertung der schulischen Situation ihrer selbst sowie des ADHS-Geschwisterkindes.

Erwähnenswert an dieser Stelle sei insbesondere die mehrheitlich positive Reaktion auf die Frage hin, wie ihnen die Schule gefalle.

*„In der Schule da geht es mir eigentlich ziemlich gut.“ (Milla, 183)*

Als ursächlich hierfür wurden unterschiedliche Aspekte angeführt. Eine häufige Nennung war beispielsweise der gute bzw. freundschaftliche Kontakt zu den Klassenkameraden.

*„Ja, also ich habe eine nette Klasse. Klar gibt es Schüler, die auffallen, nerven. Ja, aber sonst ist es eigentlich eine nette Klasse, fühle mich da wohl. Bin auch gerne da. Das ist die Hauptsache.“ (Stefan, 122)*

*„Eigentlich ganz ok. Ist manchmal stressig, wenn wir Arbeiten schreiben oder die Hausaufgaben, aber das geht schon irgendwie. Sonst finde ich gut, dass ich da meine Freunde sehe und etwas Ruhe habe.“ (Anna, 54)*

*„Dass ich meine Freunde sehe. (...) Ja, das halt Pausen, Essen und sowas halt. (...)“ (Lucy, 154)*

*„Also, es gibt da so einen Lehrer, den mag man nicht. Aber, sonst mit der Schule komme ich sehr gut zurecht. Mal verhaue ich eine Arbeit, bin auch manchmal ein bisschen faul, habe keine Lust zu lernen, sind wir alle mal. Ja, aber sonst ist in der Schule alles okay. Ich komme mit meinen Kumpels gut klar, meinen Klassenkameraden, bin kein Außenseiter, ja.“ (Anton, 314)*

Eine Schwester betont insbesondere, dass ihre Klasse nun, durch das Aussortieren mancher „Störenfriede“ „ruhig“ sei. Dies bewertet sie offenbar für sich als positiv.

*„Eigentlich ganz gut, weil meine Klassenlehrerin, die hat im ersten Schuljahr, also in der Fünften, alle Störenfriede raus sortiert und auch von der Schule geschmissen. Die kennt da nichts. Und ja, und meine Klasse, die ist ruhig.“ (Lena, 172)*

Möglicherweise ist der Befragten sehr daran gelegen, eine ruhige Klasse zu haben. Andere Schilderungen der Schwester lassen deutlich werden, dass sie die laute und störende Art ihres Bruders als sehr belastend empfindet.

Daran anknüpfend betont eine weitere interviewte Schwester, dass sie die Schule offenbar als Ort des Rückzugs bzw. der Entspannung ansieht. Hier kann sie, allem Anschein nach, dem häuslichen „Trubel“ entkommen.

*„Da ist ja dann wieder Trubel, wenn ich zuhause bin. In der Schule kann man sich manchmal sogar mehr entspannen.“ (Anna, 56)*

Hier dient die Schule ggf. als äußere Ressource, um dem häuslichen Umfeld zu entweichen. Dies wurde ebenfalls im ökosystemischen Ansatz nach Bronfenbrenner (in Anlehnung an Heimbold 2008, 12) in Bezug auf Geschwister behinderter Kinder angeführt und als Einflussfaktor auf die persönliche Entwicklung gesehen.

Sehr bemerkenswert zeigt sich, dass keines der befragten Kinder und Jugendlichen die Schule sowie die dortigen Beziehungen als rein negativ bewertete und diesen ablehnend gegenüber stand. Erfolg im Leistungs- und sozialen Bereich stellt nach Grossman (1972) ein Kriterium für die allgemeine Lebensbewältigung dar und wirkt sich möglicherweise ebenfalls begünstigend auf die interviewten Geschwister aus (Grossman, 1972, zitiert in Hackenberg, 2008, S. 105). Parallelen zu den aus den Interviews gewonnen Erkenntnissen lassen sich aus der Studie von Smith et al. (2002) ziehen. Diese gehen auf der Grundlage ihrer Ergebnisse davon aus, dass Geschwisterkinder eines ADHS-Bruders, durch erworbene Copingstrategien sowie ein erhöhtes Verantwortungsbewusstsein, eine signifikant höhere psychosoziale Anpassung im schulischen und sozialen Bereich aufweisen (Smith et al., 2002, 173 f.).

Eher divergent im Vergleich zur eigenen Sichtweise, zeigten sich jedoch die Äußerungen auf die Frage hin, wie der Bruder bzw. die Schwester mit ADHS die Schule bewerten würde. Zahlreiche Aussagen lassen erkennen, dass das Geschwisterkind in einigen Fällen verstärkt Probleme sowohl im schulischen Bereich als auch im sozialen Umgang zu haben scheint.

*„Scheiße. Weil die hat im Halbjahr in Deutsch eine Fünf bekommen, weil angeblich die Tanja sie die ganze Zeit abgelenkt hat. Sie ist in Englisch, soweit ich weiß, sehr schlecht. Ja. Und wird aus einer ihrer Klasse sehr gemobbt, (...)“ (Constantin, 207)*

*„Ich glaube manchmal nicht. Der hat da halt auch manche nicht so nette Klassenkameraden in der Klasse. (...)“ (Milla, 221)*

*„Glaube ich nicht. Der wäre lieber zuhause als in der Schule.“ (Maria, 134)*

*„Weil der Nick, der muss immer noch so Aufgaben machen, aber er macht die nie.“ (Merlin, 271)*

*„Und Daniel ist halt nicht gut in Englisch und so bleibt die Fünf und das ist schlecht. Und ja, das macht Mama auch noch Sorgen. (...)“ (Lena, 174)*

*„Ja, also meine Mama sagt immer, dass er das wahrscheinlich nicht schafft, weil er immer sagt, ich kann das nicht und so und der lässt sich auch nichts sagen von anderen Leuten. Der macht zum Beispiel eine Aufgabe und dann kann er das nicht und dann will man ihm das erklären, dann hört der gar nicht zu. Und deswegen, ich weiß nicht, ob er das schafft. Also, der arbeitet auch nicht selbständig, meine Mama muss immer ihm helfen bei den Hausaufgaben. Der fängt auch erst an, wenn die daneben sitzt.“ (Jana, 56)*

Die teils subjektiv als negativ dargestellte Bewertung der schulischen Situation des ADHS-Geschwisters weist Parallelen zu der von Döpfner et al. (2013, 7) angeführten komorbiden Störung der „Lernschwäche“, die bei 10-40 % der Kinder mit einer ADHS-Diagnose auftritt. Als Ursache hierfür kann möglicherweise die eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsspanne gesehen werden.

Eine Schwester betont in dem Zusammenhang den Einfluss der Medikamente des Bruders auf das Verhalten. Bezüglich der Konzentration sei es jedoch schwierig. Vor allem, wenn die Wirkung nachlasse. Im Allgemeinen habe er mehr Schwierigkeiten als sie selbst.

*„Soweit ich das beurteilen kann, hat er große Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Er kriegt durch die Medikamente sein Verhalten zwar einigermaßen in den Griff, aber er kriegt vieles nicht mit und das frustriert ihn dann auch, was ich verstehe. Er hat generell mehr Probleme als ich. Auch bei den Hausaufgaben ist es manchmal schwierig. Bis um drei Uhr ungefähr geht's noch, aber dann lässt die Wirkung nach und er kann sich nicht mehr gut konzentrieren, dann gibt es auch Zuhause wieder Streit.“ (Anna, 62)*

Diese Aussage untermauert erneut den offensichtlichen Einfluss der Medikamente auf die Symptomatik (Haubl & Liebsch, 2010). Jedoch wird ebenfalls deutlich, dass bei einem Nachlassen der Wirkung die Symptome erneut in Erscheinung treten. Ein anhaltender Effekt scheint somit nicht zu verzeichnen zu sein.

Neben den bisher dargestellten negativen Äußerungen bezüglich der schulischen Bewertung über das ADHS-Geschwisterkind, schildern einige der Befragten jedoch auch, der Bruder gehe gerne dorthin und erziele gute Noten.

*„Ja, das weiß ich jetzt nicht ganz genau. Ab und zu hat er mal erzählt, er findet das sehr gut. Und er hat nette Lehrer und nette Klassen.“ (Stefan, 124)*

*„Na der ist gut in der Schule. Also der schreibt immer Zweien und Dreien. Ich glaube, der kommt ganz gut mit, findet die Schule auch ganz gut.“ (Jana, 245)*

*„Der ist auch so von der Schule begeistert. Der hat zwar mehrere Klassenkameraden, die er nicht mag. Aber ich meine, auf der Schule hätte ich das auch.“ (Anton, 320)*

*„(...) er kommt mit der Schule gut zurecht, also mit der Schule selbst und hat gute Noten auch. Kommt, ja freut sich eigentlich immer in die Schule zu gehen.“ (Anton, 322)*

An dieser Stelle gilt es allerdings zu vermerken, dass diese interviewten Brüder (es handelte sich ausschließlich um Brüder) zuvor einen großen Einfluss der Medikamente auf das Verhalten und die Konzentrationsleistung der Geschwister angaben. Somit lassen sich hier offenbar Rückschlüsse auf den positiven Einfluss der Medikation in Bezug auf die schulischen Leistungen des ADHS-Geschwisters ziehen (Haubl & Liebsch, 2010).

Eine Schwester betont, das mittlerweile höhere Alter des Bruders habe einen begünstigenden Effekt auf seine schulische Lernbereitschaft.

*„Ich glaube es ist ein bisschen besser geworden, dadurch dass er ein bisschen ruhiger geworden ist ab und zu. Und ich glaube er hat mittlerweile auch akzeptiert, dass man bei den Hausaufgaben nicht immer rumhüpfen kann und so. Aber trotzdem ist halt manchmal ein bisschen schwierig, weil er halt oft Sachen nicht versteht und dann ist er natürlich auch selbst frustriert und hat da keine Lust mehr weiterzumachen und ist dann auch total mies gelaunt.“*  
(Lara, 65)

*„Also ich glaube weil er älter geworden ist. Weil ich glaube früher ist er halt, dann hat er noch nicht so viel Schule und musste nicht, hatte halt nicht so viel, ich sage mal, Verantwortung übernommen und dann, ich weiß nicht, früher war der, glaube ich, ein bisschen so ausgelassen, sage ich mal. Und da kann man natürlich auch viel mehr machen und geht ja auch ins Schwimmbad, spielt immer Fußball und so. Mittlerweile muss er halt auch relativ viel Hausaufgaben machen, weil die haben so einen Wochenplan und da sind halt Aufgaben und die kannst du halt innerhalb der Woche/ musst die alle gemacht haben und abgeben. Und das sind halt auch nicht wirklich wenige Aufgaben. Deshalb muss er mindestens jeden Tag eine Aufgabe machen und ich glaube er merkt auch, dass man ruhig sein muss, aber er schafft es halt nicht immer. Aber bei den Hausaufgaben ist es wirklich besser geworden.“* (Lara, 67)

Interessant an dieser Darstellung zeigt sich, dass das angeführte gestiegene Alter sowie eine damit einhergehende verstärkte Übernahme von Verantwortung als Ursache für die Verbesserung angesehen werden. Ein medikamentöser Zusammenhang wird von der Schwester mit keinem Wort im Interview erwähnt. Obwohl auf Grund der Patientenakten hervor geht, dass alle Geschwister der Befragten regelmäßig Psychopharmaka erhalten. Diesen schreibt sie jedoch bewusst oder unbewusst keine Bedeutung zu oder die Medikation ist ihr unbekannt.



Einen teilweise deutlichen Unterschied erlebten die befragten Geschwister in Bezug auf ihr eigenes Lernverhalten und den schulischen Erfolg im Gegensatz zum Bruder mit ADHS (auch hier handelte es sich erneut ausschließlich um Brüder). Beispielsweise wurde betont, der Bruder brauche mehr Unterstützung seitens der Eltern. Dem wird ebenfalls Verständnis entgegengebracht.

*„Also dass er halt die ganze Zeit, also wenn er jetzt zum Beispiel hat er in dieser Woche Mathe und Deutsch geschrieben und meine Eltern, also meine Mama hat halt die ganze Zeit Aufgaben mit dem gemacht und mit dem geübt. Und wenn ich eine Arbeit schreibe, mache ich das halt so für mich alleine (...).“ (Melanie, 116)*

*„Ich glaube, dass es auch eigentlich so alleine klappt. Also mit den Vokabeln zumindest. Und weil ich halt auch weiß, dass Justus das eben braucht, dass man das mit dem macht.“ (Melanie, 122)*

Eine weitere Befragte gibt an, es als „Enttäuschung“ zu erleben, wenn der Bruder für eine gleiche Note mehr gelobt werde.

*„Ja, also zum Beispiel als ich eine Drei in Deutsch hatte, da war das nicht so gut, aber er hatte eine Drei in Deutsch und da war das gut. Das ist halt eigentlich auch eine große Enttäuschung war. Also er ist in der 4. Klasse und ich bin in der 8. Klasse und wir mussten ja was ganz anderes machen.“ (Melanie, 111)*

Offenbar fühlt die Schwester ihre schulischen Leistungen im Vergleich zum Bruder nicht genügend wertgeschätzt. Als Folge dessen könnten ein verstärktes Konkurrenzdenken sowie das Aufkommen offener bzw. verdeckter Konflikte im Rahmen der Geschwisterbeziehung entstehen (Achilles, 2013, 46). Solche Konflikte werden auch in anderen Situationen seitens dieser Befragten benannt.

### **6.3.2 Freundschaftliche Beziehungen**

Im Fokus dieses Punktes stehen Aussagen über die freundschaftlichen Beziehungen der Befragten sowie der ADHS-Geschwister.

Anhand der Schilderungen wurden deutliche Unterscheidungen erkennbar. Die interviewten Kinder und Jugendlichen selber beschrieben fast durchgängig positive Peerkontakte zu besitzen.

*„Ja, also ich habe halt Freunde in der Schule. Ich habe aber auch zum Beispiel jetzt bei meiner Oma, die wohnt halt gegenüber, von der habe ich halt eine Freundin. Also wenn ich dann da bin, dann habe ich halt auch jemanden, mit dem ich was machen kann. Ich habe jetzt halt auch hier außerhalb der Schule Freunde. Mit denen treffe ich mich jetzt halt oft mal. (...)“ (Melanie, 124)*

*„Und ich habe auch viele nette Freundinnen.“ (Milla, 183)*

*„Also mit den meisten aus meiner Klasse bin ich gut befreundet.“ (Kathrin, 201)*

*„Ganz viele. Ich habe nicht eine Feste, sondern ganz viele. Weil, wenn eine krank ist, zum Beispiel Sarah und die Gina, wenn einer krank ist, dann habe ich ja keinen zum Spielen. Deshalb habe ich ja ganz viele.“ (Ann-Kathrin, 280)*

An dieser Stelle lässt sich ebenfalls ein Bezug zu der Studie von Smith et al. (2002) verzeichnen. Deren Ergebnisse lassen deutlich werden, dass ADHS bedingt auftretende Konflikte Zuhause zu einem größeren Varianzanteil in der Peer-Kompetenz der Geschwister führen. Zudem, wie bereits im vorangegangenen Punkt angeführt, kommt es verstärkt zu einer psychosozialen Anpassung. Diese Erkenntnisse könnten möglicherweise eine Erklärung für die durchgängig, seitens der Befragten, als positiv angeführten freundschaftlichen Beziehungen angesehen werden.

Bezüglich gemeinsamer Aktivitäten mit Freunden kam es zu der Nennung unterschiedlicher Interessen. Jedoch wurde auffallend häufig von beiden Geschlechtern und altersunabhängig betont, Zeit außerhalb des Hauses zu verbringen.

*„Ja, aber ich will meistens so/ wie kommen nach Hause, nach der Schule. Ja, dann legen wir die Taschen in mein Zimmer und sind draußen. Also ich bin jetzt nicht so, dass jetzt ein Kumpel zu mir kommt und wir setzen uns direkt vor die Konsole. Meistens gehen wir raus, gehen schwimmen. Oder einfach Fußball spielen, kicken. So Freizeitaktivität. Oder wenn schlechtes Wetter ist, dann kommen wir nach Hause, reden wir und dann zocken wir halt eine Runde. Ist halt mal so.“ (Stefan, 102)*

*Also, ich treffe mich oft mit meinen Freunden und wir sind, also ich bin jetzt mit fünf Mädchen aus der Grundschule auf die Weiterführende gekommen. Da bin ich auch sehr froh drüber gewesen. Habe jetzt auch neue kennengelernt. Ich verabrede mich gerne oft und wir sind dann meistens oft draußen. Ja. Roller fahren oder so. (Maria, 103)*

An dieser Stelle wäre der zuvor zitierten Annahme, das Wohnumfeld lasse ein Spielen im Freien heutzutage weniger zu (Frick, 2009, 104), zu widersprechen. Offenbar

verbringen die befragten Geschwister des Öfteren Zeit mit ihren Freunden außerhalb des Hauses.

Lediglich zwei Brüder gaben an, der Großteil der gemeinsamen Zeit mit Freunden gestalte sich vor dem Computer.

*(...) Und sonst spiele ich halt eher mit denen so am PC ein bisschen.“ (Ole, 133)*

*„Ich bin viel unterwegs / ich bin fast eigentlich jeden Tag bin ich irgendwie unterwegs oder lade mir meine Freunde zu mir oder ich gehe zu ihnen. Ich habe flinke Hände mit dem Computer, machen wir meistens irgendwas mit dem Computer zusammen. Kenne mich gut mit Programmen aus, kann programmieren und so ein Zeug. Windows zusammensetzen, Computer zusammen bauen, irgendwas reparieren, haben wir Spaß daran, machen wir immer zusammen.“ (Anton, 284)*

Diese Ausführungen zeigten sich sehr konträr im Vergleich zu den gemeinsamen Aktivitäten mit dem ADHS-Geschwisterkind. Im Rahmen dessen wurde sehr viel häufiger betont, zusammen Zeit vor dem PC oder der Konsole zu verbringen. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre ggf. die bereits in Kapitel 6.1.3 angeführte und erläuterte Annahme, dass Streitigkeiten mit dem Geschwisterkind im Zuge dessen geringer ausfallen. Das hyperaktive, teils oppositionelle Verhalten des ADHS-Kindes zeigt sich spekulativ weniger häufig beim gemeinsamen Fernsehkonsum bzw. Videospiel. Im Rahmen des dyadischen Rollenspiels kommt es womöglich vermehrt zu Konflikten, somit wird dieses teils gemieden. Eine weitere Ursache könnte sein, dass die Befragten die Zeit außerhalb des Zuhauses nutzen, um etwas Abstand zum familiären Umfeld sowie der dort oftmals beschriebenen Unruhe gewinnen zu können. Dies ist jedoch lediglich eine Annahme, die im Rahmen der Interviews keinen direkten Beleg liefert.

Ein acht-jähriger Bruder, der im Verlauf des Interviews erwähnt, von seinem Bruder mit ADHS physische Gewalt zu erfahren, betont explizit in Bezug auf seine Freunde, dass sie nett seien, da sie ihn „fast nie“ schlagen.

*„Ganz nett. Schlagen mich fast nie.“ (Jens, 126)*

Offenbar scheint er diese gewaltfrei-ere Beziehung für sich als positiv zu bewerten und sieht hier möglicherweise einen Unterschied zu der Beziehung zu seinem Bruder. Wie in Kapitel 6.1.4 angeführt, werde dieser ihm gegenüber auch handgreiflich.

Des Weiteren kam es im Rahmen der Interviews zu der vielfachen Nennung, dass Freunde als Vertrauenspersonen fungieren und bei Problemen zur Stelle sind.

*„Dass sie immer da sind. Dass wir immer Spaß haben.“ (Lucy, 174)*

*„Ja, wenn ich irgendetwas habe, dann rede ich meistens mit meinen Kumpels.“ (Anton, 208)*

*„Sondern, also meine Freunde sind eher so, recht praktisch veranlagt, also wenn man denen Probleme erzählt, dann erzählen die, erklären die total sachlich, das es bei denen teilweise anders, auch so ist, also vielleicht nicht in Bezug auf Geschwister, aber auch das sie mit ihren Eltern auch Probleme haben und versuchen mir dann wirklich zu helfen, eine Lösung zu finden.“ (Amelie, 61)*

*„Ja. Die sind halt auch offen, also wir reden halt alle immer zusammen und wenn jemand ein Problem hat, dann verheimlicht der das auch nicht oder sagt so, ja, nee, will ich jetzt nicht sagen oder so. Also dass erzählen wir schon so einander und dann versuchen wir auch zusammen so Lösungen zu finden.“ (Josy, 137)*

*„(...) Also bin ich froh, wenn ich meine Freunde habe und einfach mit ihnen Spaß habe, weggehen kann und so was halt. Über andere Probleme, mit Schule oder Lehrern, rede ich schon mit ihnen und sie mit mir. Das hilft auch, dann brauche ich damit meine Mutter nicht auch noch zu nerven.“ (Anna, 44)*

Anhand dieser beispielhaft angeführten Zitate wird der offenbar protektive Faktor freundschaftlicher Beziehungen ersichtlich (vgl. Kapitel 2.3.5). Zudem kann Bezug zu den Ausführungen von Frick (2009) genommen werden. Dieser führt an, dass positive Beziehungen außerhalb des familiären Umfeldes zur Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls beitragen und hilfreich seien, um innerhalb der Familie einen zufriedenstellenden Platz einzunehmen. Insbesondere Kindern, die innerhalb der Familie eine subjektive Benachteiligung erfahren, sei es auf diesem Wege möglich, ihre Bedürfnisse in Teilen befriedigt zu sehen (Frick, 2009, 118 f.). Ebenfalls im Rahmen der Unterkategorie „Konfliktlösestrategien“ (Kapitel 6.1.5) zeigten sich freundschaftliche Beziehungen als begünstigender Faktor, indem sie oftmals einen Rückzugsort bieten.

Weiterhin merkt eine Schwester an, es als unterstützend und gewinnbringend zu erleben, sich mit ihren Freunden über die Probleme mit ihrem Bruder auszutauschen. Sie beschreibt, es tue gut, mit jemandem der einen „objektiven“, „unvoreingenommenen“ Blick besitzt, darüber zu sprechen und somit gleichermaßen die Mutter entlasten zu können.

*„(...), dass meine Freunde da sind hilft einfach schon, dass sie dafür Verständnis haben und nicht denken, he, was für eine Familie ist das denn.“ (Amelie, 107)*

*„Und als sie das gemerkt haben, haben sie mich halt darauf angesprochen und dann kam halt alles raus, alles auf einmal und dann war es auch gut, mal mit anderen darüber zu reden, als mit meiner Mutter, weil ich für meine Mutter damit ja auch nicht belasten, weil ich weiß ja sie hat mit meinem Bruder schon genug Probleme und das sie sich meine nicht auch noch anhört und dann freue ich mich, dass mit so unvoreingenommenen Leuten zu besprechen, die da ganz objektiv drauf gucken können. Außerdem haben die glaube ich Spaß daran, meine Probleme zu analysieren.“ (Amelie, 115)*

Passend zu dieser Aussage erscheint ein angeführter Ansatzpunkt zur Bewältigung der Situation für gesunde Geschwister von Grossman (1972). Dem zur Folge sind offene Gespräche mit Freunden über, in dem Fall, die Behinderung des Geschwisters, als ein wichtiger Punkt zur Bewältigung angeführt (vgl. Kapitel 3.3.3). Es zeigt sich auch hier, dass dies ebenfalls auf die Thematisierung der Störung „ADHS“ zutreffen kann.

Ein Zitat derselben Schwester deutet auf die ihrerseits eingenommene, bereits häufiger betonte, „Unterstützerrolle“ hin (Kapitel 2.4.1). In diesem Fall habe der Vater sie darauf hingewiesen, sie solle sich selbst dabei nicht vergessen. Dies habe sie, laut ihren Ausführungen, insbesondere in Bezug auf den Bruder zu oft getan und es schien ihr nicht gut damit zu gehen. Sie handhabe es nun anders und profitiere davon.

*„Ja, gut, mein Vater meinte, ich soll das vielleicht bisschen runter schrauben, weil ich / also das ist das, was mein Vater sagt, ich setze mich zu sehr für andere manchmal ein und vergesse mich dabei selbst, (...), das hab ich für Maurice eine Weile auch gemacht und jetzt ist es halt so, ich helfe ihm, wenn ich kann, die Zeit dafür habe, und dann helfe ich ihm auch wirklich gerne. Und er freut sich dann auch immer total, weil ich lass nicht mehr alles stehen und liegen, weil mir das dann letztes Jahr gezeigt hat, dass das für mich dann auch nicht so gut ist. (...).“ (Amelie, 75)*

Sehr begünstigend hat sich hierbei offenbar der Hinweis des Vaters ausgewirkt. Dieser schien sich allem Anschein nach der eingenommenen Rolle und der damit einhergehenden Not seiner Tochter bewusst zu sein und machte sie darauf aufmerksam.

Als interessant erwies sich ebenfalls der Umgang zwischen dem Geschwisterkind mit ADHS und den Freunden der Befragten.

Die Mehrzahl der Geschwister gab an, keinerlei Einschränkungen durch das ADHS-Kind in Bezug auf Freundschaften zu erleben. Sie beschrieben, Strategien zu besitzen, dem Bruder (es handelte sich erneut ausschließlich um Brüder) zu verdeutlichen, dass sie nun Zeit für sich möchten. Auch kam es vor, dass ein Einbezug ins Spiel gestattet und als positiv erlebt wurde.

*„Also, kommt darauf an. Wenn jetzt zum Beispiel meine beste Freundin Zoe da ist, dann macht er auch gerne was mit uns. Weil wir dann oft draußen sind. Also er versteht sich mit ihr eben gut, weil er sie auch schon aus dem Kindergarten kennt (...)“ (Maria, 106)*

*„Also dann frage ich ihn eigentlich, was er hier möchte und sage ihm halt, dass er rausgehen soll, weil ich halt Freundinnen da habe (...). Ja, also meistens geht er dann schon raus, aber manchmal muss ich auch so raus befördern. (Melanie, 138/149)*

*„Ja, wenn er dann ununterbrochen rein kommt, schmeiße ich ihn raus und schließe die Tür ab. Setze ihn vor die Tür, sage du nervst jetzt, wir wollen unsere Ruhe haben. Ich respektiere das auch, wenn du deine Freunde da hast und lass mich in Ruhe, lass uns dann auch in Ruhe. Meistens geht er dann nicht freiwillig nach Draußen, muss ich ein bisschen nach helfen / aber dann lässt er einen auch in Ruhe, dann steht er nicht vor der Tür und klatscht die ganze Zeit dagegen. Also irgendwann hat er es dann schon verstanden.“ (Anton, 228)*

*„Also, wenn er das, wenn er jetzt irgendwie da ist und das merkt, dann kommt er auch schon öfters rein oder fragt dann halt, ob er mitspielen darf oder so was. Und wenn er jetzt aber das nicht irgendwie mitbekommt, dann sind wir eigentlich auch schon unter uns. Und wenn wir irgendwann ihm sagen, dass wir keine Lust haben, die ganze Zeit was mit ihm zu machen, dann sagt er so: Ja, kommt, ich will aber mitspielen und so. Und dann sagen wir dem das halt auch: Ja, wir möchten gern was zu zweit machen und so Mädchensachen, ne (...) zum Beispiel habe ich dann auch mal gesagt, dass wir Barbie spielen oder so oder Puppen oder so was und dann geht er freiwillig halt.“ (Josy, 151/152)*

Im folgenden Zitat verdeutlicht eine Schwester sogar, die Freundin als Unterstützung zu erleben, wenn sie den Bruder ins Bett bringen müsse.

*„Also manchmal, aber eigentlich nicht so oft. Die kriegen das ja auch selber alle mit, wenn die zum Beispiel bei mir sind und so und die kommen damit eigentlich auch ganz gut klar und meine, also meine Freundin, wenn die zum Beispiel bei mir ist, dann merkt die das halt auch und dann hilft die mir manchmal zum Beispiel auch, wenn wir dann auf die aufpassen oder so. Dann hilft die mir eben, ihn ins Bett zu bringen. Ja. Und das ist dann auch ganz gut, wenn man ein bisschen Hilfe hat.“ (Lara, 111)*

Einen sehr positiven Einfluss besitzt dabei offenbar die Tatsache, dass die Freundin den Bruder bereits seit der Geburt kennt und somit allem Anschein nach ein sehr vertrautes Verhältnis unter den Kindern besteht.

*„Er hat sie gern. Also meine Freundin kenne ich schon 13 Jahre lang und mein Bruder kennt sie halt auch schon solange wie er geboren ist und deswegen ist sie eigentlich seine Schwester, sage ich jetzt mal. Und er hört halt auch auf sie. Aber manchmal ist er halt auch sauer auf sie, wenn sie dann sagt, Linus, geh ins Bett. Aber natürlich ist es dann einfacher zu zweit, als wenn man es alleine macht.“ (Lara, 113)*

Ein Befragter schildert, sein Bruder mit ADHS sei immer sehr „aufgeregt“, wenn Freunde zu ihm kommen und er möchte „dabei sein“: Er empfinde dies jedoch nicht als störend, sondern beschreibt es als „lustig“.

*„Aufgeregt, er ist immer ziemlich aufgeregt dann, wenn einer kommt.“ (Mika, 139)*  
*„Ist schwer bei dem. Also, der möchte da ziemlich viel immer dabei sein. Das ist schwer, den da irgendwo raus zu kriegen.“ (Mika, 155)*  
*„Also so richtig störend finden sie es nicht. Eher so ein bisschen lustig dann. Dass der Kleine dann immer dabei sein will.“ (Mika, 157)*

Ein weiterer Bruder führt an, seine Freunde seien zwar zeitweise genervt, jedoch müssten diese das Verhalten des Geschwisterkindes nicht jeden Tag ertragen. Zudem seien sie meist „draußen“.

*„Ja, die sind halt auch manchmal genervt, aber die verpacken das irgendwie, weil ich meine, die haben das nicht jeden Tag. Und ja dann sind wir halt auch meistens unterwegs. Bei schönem Wetter sind wir draußen, machen irgendwas.“ (Anton, 220)*

Anhand des oben genannten Zitats könnte vermutet werden, dass Aktivitäten mit Freunden im Freien als Rückzug genutzt werden.

Derselbe Bruder gibt an, von seinen Freunden auf das Verhalten seines ADHS-Bruders angesprochen zu werden. In dem Fall benennt er klar, dies gehe die Freunde nichts an. Er möchte nicht, dass sie über die Störung informiert sind. Dies verdeutlicht er ebenfalls in anderen Zusammenhängen.

*„Ja, die kennen ihn halt auch. Die sind ja auch bei mir Zuhause und dann merken die das halt. Die sind ja nicht doof. Und dann fragen die so und hat er dich heute wieder so genervt? Ich so, geht dich nichts an, brauchst du nicht zu wissen. Ja, das erzähle ich halt nicht jedem, brauch halt nicht jeder wissen.“ (Anton, 214)*

Einfluss auf seine freundschaftlichen Beziehungen hat dies jedoch offenbar nicht.

*„Ja, die wissen halt wie er ist, aber die haben ja nicht so viel mit ihm zu tun. Ich meine die schlafen ja nicht bei ihm, sondern bei mir / und stört die das eigentlich nicht so extrem. Wenn ich jetzt sage, kommt doch mal vorbei, kommst halt zu mir, machen wir was, dann sagen die nicht, oh nein, dein Bruder, der nervt aber, bla, bla, bla, die kommen trotzdem.“ (Anton, 226)*

In dem Zusammenhang schildert eine Schwester, ihre Freunde ebenfalls nicht über das ADHS ihres Bruders zu informieren. Sie habe einerseits „Angst“, der Bruder würde negativ wahrgenommen und andererseits äußert sie Bedenken, ihre Freunde würden sie auffordern, sich zu wehren. Dies sei ihrer Ansicht nach jedoch sinnlos.

*„Also, das ist etwas kompliziert. Ich glaube nicht, dass sie das verstehen würden. Und ich hätte Angst, dass sie furchtbar schlecht über meinen Bruder denken. Ich weiß ja, dass er nicht wirklich was dafür kann, aber die könnten das, glaube ich, nicht so gut einschätzen. Außerdem würden sie mich dazu antreiben, mich zu wehren, aber ich weiß ja nun mal, dass es keinen Sinn hat (...)“ (Anna, 44)*

Freundschaften als protektiven Faktor zur Bewältigung der Situation zu nutzen, bleibt ihr offenbar somit verwehrt.

Im Rahmen der folgenden Aussage beschreibt eine Schwester, sie habe nach erneutem Fehlverhalten des Bruders keine „Lust“ mehr auf ein gemeinsames Spiel mit ihm und der Freundin. Trotz mehrfachen Erläuterungen der Gründe, hege der Bruder keine Einsicht bzw. ist sich seines, als negativ wahrgenommen Verhaltens, nicht bewusst.

*„Ja, ich habe ein paar, also meine beste Freundin (...), die ist ganz oft bei uns oder ich bei ihr. Und dann will Daniel oft mitspielen, aber er meint dann wieder zu übertreiben und dann macht er so einen Scheiß und seitdem habe ich keine Lust mehr mit meiner Freundin mit ihm zu spielen. Und dann versteht er gar nicht, warum ich nicht mit ihm spielen will und ich erkläre ihm das immer, aber er sagt dann, ich darf nicht und dann ist das immer so schwer und dann wundert er sich, warum ich nicht mehr mit ihm spielen will. Das ist schwierig.“ (Lena, 112)*

An dem Punkt wird erneut das zuvor oftmals angeführte, mangelnde Empathieverständnis bei Kindern mit ADHS deutlich (Streeck-Fischer, 2007, 281). Auch dieser Bruder wird dargestellt, als besitze er nicht die Fähigkeit, sein Verhalten zu reflektieren.



Folgendes Zitat beschreibt, dass der Bruder mit ADHS sich Freunden der Schwester gegenüber beachtlich anders verhält als im Rahmen der dyadischen Geschwisterbeziehung. Er hat sein Verhalten allem Anschein nach situativ unter Kontrolle und rückt sich somit selbst in ein positives Licht. Dies geschieht zum Ärgernis der Schwester, die sich in dem Zuge seitens ihres Bruders mit ihren Worten „verarscht“ fühlt.

*„Meine Freundinnen versuchen immer, wenn sie bei mir sind, irgendwelche Anzeichen zu finden, warum er so ist. Beziehungsweise, dass er so ist, weil für die ist das natürlich komisch. Ich erzähle denen so Geschichten, sie kommen zu mir und mein Bruder bringt uns Kekse und Pizza ins Zimmer, da fühle ich mich auch ein bisschen verarscht.“ (Amelie, 107)*

Im Gegensatz zu der Darstellung eigener freundschaftlicher Beziehung fiel die subjektive Einschätzung in Bezug auf die Geschwister mit ADHS sehr konträr aus.

Eine Vielzahl der Befragten gibt an, der Bruder besitze weniger Freunde bzw. habe Kontakte in der virtuellen Welt der „Online-Spiele“. Bereits im Rahmen von Studien konnte nachgewiesen werden, dass Kinder mit einer ADHS vermehrt Schwierigkeiten beim Aufbau und der Pflege stabiler Freundschaften bzw. Beziehungen besitzen (Schlack et al., 2007, 827).

*„Ich weiß, er hat nicht viele Freunde.“ (Amelie, 121)*

*„Ja, er hat so einen Spiel Minecraft und da hat er auch Freunde, aber jetzt nicht so Trefffreunde nach Hause, sondern eher Online-Freunde.“ (Lena, 110)*

Daran anschließend benennt eine Befragte, dass die Klasse des Bruders „bescheuert“ sei und er dort auch keine Freunde wolle. An dieser Stelle werden scheinbar externale Faktoren vorangeschoben, die als Ursache für das Nichtvorhandensein freundschaftlicher Beziehungen des ADHS-Bruders gesehen werden. Fraglich hierbei erscheint, ob dies der subjektiven Bewertung der Schwester entspricht oder es sich um eines reines Wiedergeben der Beurteilung des Bruders handelt, der möglicherweise nicht in der Lage ist, eigene Anteile zu sehen.

*„(...), weil er keine richtigen Freunde hat so und manchmal/ er will eigentlich auch keine Freunde, weil die Klasse so bescheuert ist, wirklich. Das haben Sie noch nie gesehen. Das ist wirklich. Das ist unmöglich.“ (Lena, 106)*

Die Antwort einer weiteren Schwester beinhaltet ebenfalls, dass der Bruder mit seinen Klassenkameraden nicht zurechtkomme bzw. nicht gemocht werde. Aber der Nachbar sei ein guter Freund des Geschwisters. Jedoch scheint auch dieser das Verhalten des ADHS-Freundes in Teilen nicht nachvollziehen zu können und wendet sich scheinbar in diesem Fall an die interviewte Schwester und erfragt eine Begründung.

*„Ja, also der ist halt auch sitzen geblieben und ja, in der Kasse irgendwie mögen die ihn, ich weiß es nicht genau, aber irgendwie, ich glaube, die mögen ihn nicht so wirklich und ja (...). Auf jeden Fall versteht er sich mit unserem Nachbarn recht gut. Da gehen die auch manchmal schon aneinander und da fragt sich mein Nachbar auch so, sag mal, wie jetzt, wieso macht er das oder so? Und dann fragt er mich auch manchmal, ob der irgendwie welche Probleme hat oder ob der nur an dem Tag nur schlecht gelaunt war oder so was.“ (Josy, 143)*

Eine Befragte beschreibt, ihr Bruder habe mit Klassenkameraden weniger Kontakt, dafür aber mit Leuten aus dem Fußballverein. Als Grund hierfür gibt sie an, dass er während des Sports weniger aggressiv sei und somit besser zurechtkomme.

An dieser Stelle könnte erneut der Einfluss der besonderen Drucksituation in der Schule eine Rolle spielen, der Kinder, insbesondere mit ADHS, oftmals nicht gewachsen sind (Bergmann, 2010, 21 ff.).

*„Ja, ein paar schon. Aber er trifft sich nicht so oft mit denen. In der Schule haben die schon Kontakt, aber privat weniger. Er spielt Fußball, da hat er mehr Freunde. Da ist er dann auch immer ausgepowert und nicht so aggressiv, dann kommt er besser klar.“ (Anna, 66)*

Insgesamt lässt sich anhand der Ausführungen erkennen, dass die interviewten Geschwisterkinder subjektiv fast ausschließlich positive freundschaftliche Beziehungen beschreiben, wohingegen sie die des Bruders mit ADHS problematischer darstellen. An dieser Stelle ließe sich von vorhandenen „Komplementärrollen“ nach Frick (2009, 98 f.) sprechen. Beschrieben wird vielfach im Rahmen der Selbstdarstellung ein offenes, sozial gut eingebundenes und beliebtes Geschwisterkind. Dagegen übernimmt, laut den Darstellungen der Befragten, der Bruder eher die komplementäre Rolle des „einsamen“ und „komplizierten“ ADHS-Geschwisters.

### 6.3.3 Streit und Konfliktlösestrategien mit Freunden

Im Fokus dieses Kapitels stehen Aussagen der befragten Geschwister in Bezug auf Streitsituation mit Freunden und dessen Lösung.

Auffallend war, dass überwiegend betont wurde, es gebe wenig bis gar keinen Streit unter Freunden. Dies spricht wiederum für eine erhöhte psychosoziale Anpassung der Geschwister von ADHS-Kindern, wie bereits in Kapitel 4.8.4 angeführt.

*„Mit meinen Freundinnen hatte ich eigentlich noch nie Streit.“ (Milla, 195)*

*„Streiten nicht so oft, außer bei einem meiner Freunde. Der meint immer aus Spaß irgendwelche Beleidigungen zu mir. Oh, ich treffe mich auch nicht so oft mit dem. (...)“ (Constantin, 203)*

*„nur andere Mädchen, die kriegen sich manchmal so in die Haare (...)“ (Kathrin, 201)*

*„(...) es sind nur Diskussionen, Streits gibt es nicht.“ (Stefan, 116)*

Interessant gestalteten sich ebenfalls die angeführten Lösungsstrategien der Befragten, im Falle einer (drohenden) Konfliktsituation. Wie bereits in Kapitel 6.1.5. in Bezug auf die Geschwisterkinder beschrieben, wurde auch im Rahmen freundschaftlicher Beziehungen häufig der Rückzug oder das Nachgeben angeführt.

D. h. es wird offensichtlich vielfach auf ähnliche Strategien zurückgegriffen wie in der Geschwisterbeziehung.

*„Ich lege einfach auf und so. Ist aber auch öfters, wenn ich mit Freunden/ wenn ich Streit habe, dann sind/ also dann fangen die meistens an irgendwie und ich bleibe dann einfach zurück oder lege auf und habe keinen Bock mehr.“ (Ole, 163)*

*„Dann bin ich einfach wütend, aber dann bleibe ich einfach ruhig und spiele weiter einfach. Halt (unv.) sozusagen dadurch, dass ich einfach spiele.“ (Ole, 167/168)*

*„Ja, wenn wir jetzt zum Beispiel mal Barbie oder so spielen und dann hat er eine gefunden, die total schön ist und die will der andere auch und die andere dann auch. Und dann gibt es auch manchmal so Streitereien (...). Ja, also dann gebe ich meist nach und sage dann okay, dann suche ich eine andere oder so.“ (Maria, 140/143)*

Eine Schwester betont in diesem Zusammenhang deutlich, sie möchte außerhalb von Zuhause keine weiteren Streitigkeiten, daher gebe sie nach. Dies falle ihr allerdings nicht schwer, da sie keiner beleidige oder anschreie. Hier zieht sie offenbar den Vergleich zu ihrem Bruder und bewertet die Situationen mit Freunden als weniger gravierend. Offenbar ist jedoch auch an dieser Stelle von einer unterdrückten

Aggression seitens der Befragten zu sprechen. Die Folge dieser Unterdrückung für die psychosoziale Entwicklung (Achilles, 2013, 46) ist auch hier noch nicht einschätzbar, stellt jedoch möglicherweise einen Risikofaktor dar.

*„Na ja, vielleicht so ein paar kleine Zickereien, aber eigentlich nicht so oft. Die mehr untereinander, aber ich halte mich lieber raus. Mir reicht der Stress Zuhause, den brauch ich da nicht auch noch, also lass ich da auch lieber 5 gerade sein, wenn mich was aufregt. Zumindest schreit keiner von denen oder beleidigt mich. Deshalb kann ich mich da auch gar nicht so aufregen. Ist alles schnell wieder gut. Ich sage dann einfach nicht, was mich vielleicht gerade stört und akzeptier es einfach so.“ (Anna, 50)*

Ein interviewter Bruder äußert, er fühle sich durch einen bestimmten Freund manchmal durch sein Verhalten sehr genervt und habe daraufhin „keinen Bock“ auf ein weiteres Gespräch. Dieser entschuldige sich jedoch in der Schule dafür und alles sei wieder bereinigt. Dies könnte beispielsweise darauf hindeuten, dass der Befragte es ggf. von seinem kleinen Bruder mit ADHS gewöhnt ist, genervt zu sein. Letztendlich scheint er sich zwar darüber aufzuregen, verzeiht jedoch allem Anschein nach schnell. Dies ist jedoch bloß eine Vermutung und wird mit keiner Aussage direkt bestätigt.

*„Ja, zum Beispiel ein Freund, der nervt mich halt öfters mit, also ruft die ganze Zeit an, ruft an, schreit mich an und das nervt mich dann halt ziemlich doll. Und dann kommt der, wenn er annimmt, dann labert er irgendeine Scheiße immer und da hat man dann einfach keinen Bock mehr (...). Also dann wieder in der Schule entschuldigt der sich und dann geht eigentlich wieder alles.“ (Ole, 159)*

Ein anderer Bruder bezeichnet Streitigkeiten unter Freunden als ein „normales“ Ereignis. Er gibt an, die Konfliktsituation noch einmal mit den Beteiligten zu reflektieren, um sich danach wieder zu versöhnen.

*„Ja, haben wir auch manchmal. Es ist eigentlich normal bei Freunden, dass es da manchmal Streit gibt.“ (Mika, 165)*

*„Ja, erstmal müssen wir das ja auch erstmal abklären, was da war und dann sich wieder vertragen.“ (Mika, 167)*

Auffallend zeigte sich, dass keines der interviewten Geschwister angab, sich verbal oder physisch in aggressiver Weise mit dem Gegenüber auseinanderzusetzen. Weiterhin wurde in keinem Fall betont, über einen längeren Zeitraum hinweg nachtragend zu sein. Einerseits wäre dies ein mögliches Anzeichen für adäquate

Copingstrategien des Geschwisters im Rahmen freundschaftlicher Konfliktsituationen. Andererseits könnte es ebenfalls bedeuten, dass eine erhöhte Toleranzbereitschaft besteht bzw. auch eine stärker ausgeprägte Konfliktvermeidung stattfindet. Alles Genannte könnte darauf hindeuten, dass der bzw. die Befragte die verschiedenen Handlungsmuster aufgrund seiner besonderen Geschwisterbeziehung verinnerlicht hat.

#### 6.3.4 Weitere Bezugspersonen

Im Mittelpunkt dieser Unterkategorie steht die Beziehung der Geschwister zu weiteren Bezugspersonen außerhalb der Kernfamilie.

Anhand der Ausführungen wurde deutlich, dass vor allem die Großmutter der Kinder und Jugendlichen einen besonderen Stellenwert erfährt und teilweise eine wichtige Ressource im Rahmen der Bewältigung darstellt.

*„Also mein Bruder, der freut sich auch total. Und dann, also meine Oma hat irgendwie so eine Aufklappcouch, wo wir drauf schlafen. Das ist dann nochmal total gemütlich. Da gibt es manchmal Streit um die Plätze, wer wo schläft. Aber das ist dann auch wieder schnell okay. Aber ja, also er freut sich auch immer gerne, seine Oma, also unsere Oma wiederzusehen.“ (Maria, 147)*

*„Also, manchmal in den Ferien schlafe ich halt bei meiner Oma und dann gehe auch immer mit ihr einkaufen.“ (Kathrin, 252)*

*„Ja, also manchmal kommt die zu uns oder manchmal komme ich zu ihr. Fahre ich so mit der Bahn hin oder gehen wir durch Köln. Gehen Eis essen oder Kuchen. Ja, verbringen halt auch so ab und zu mal Zeit. Finde ich auch gut so.“ (Stefan, 126)*

Insbesondere folgende Aussagen einer Schwester lassen deutlich werden, wie relevant offenbar der großmütterliche Rückhalt erscheint. Speziell wenn sie sich Zuhause nicht verstanden fühlt.

*„(...) Ich rede dann auch mal mit meiner Oma darüber.“ (Jana, 66)*

*„Ja, weil die mich halt versteht. Und ich halt immer zu ihr kommen und gehen kann, wenn irgendetwas ist.“ (Jana, 68)*

Die Befragte benennt zudem ebenfalls ein sehr gutes Verhältnis zum Onkel zu haben. Dieser sowie die Oma, würden sie im Vergleich zum ADHS-Geschwisterkind ein wenig bevorzugen. Einerseits tue es ihr für den Bruder leid, andererseits möchte sie diesen

Stellenwert offenbar auch nicht missen. Er liefert ihr allem Anschein nach eine wichtige emotionale Stabilität, die sie laut weiteren Schilderungen im Interview Zuhause nicht erfahre.

*„Ja, also ich habe ein besseres Verhältnis zu meiner Oma und auch zu meinem Onkel. Mein Onkel mag eigentlich gar keine Kinder und ich weiß nicht, ich glaube der kann den auch nicht so gut leiden.“ (Jana, 259)*

*„Weil die machen auch so viel Scheiße, wenn wir im Schrebergarten sind. Mein Onkel auch, sind halt im gleichen Verein. Da hat mein Bruder mal die ganze Wand rot angemalt, nachdem er sie weiß angemalt hat. Und da war der halt sehr sauer und der kann halt mit dem nicht so viel anfangen und ich kann ja mit ihm reden und wir machen ja auch schon ein bisschen Scheiße zusammen und so. Mein Bruder, der kann das ja nicht. Eben bei meiner Oma, das ist, die hat zum Beispiel letztens meinen Bruder in der Schule vergessen ihn abzuholen. Ja, und das hat ihr dann halt auch total leid getan und war ihr ein bisschen peinlich. Mein Bruder wusste, er hat die ganze Zeit was vor und hat dann gesagt, ja, die Nanni hat sie nicht vergessen und ja, dann musste sie mich eine Woche später auch abholen, mich hat sie nicht vergessen. Das hat sie aber auch selber gesagt, dass sie mich nicht vergessen würde.“ (Jana, 263)*

*„Also, ich denke mal, dadurch dass ich halt immer zu ihr gehe und mit ihr darüber rede über die Sachen die halt passieren, über die Probleme. Sie hat ja auch früher alles mitbekommen wie das mal war. Ich denke mal deswegen.“ (Jana, 267)*

*„Ja, das tut mir natürlich leid für meinen Bruder, aber ich finde das ja auch gut, dass ich dann halt bei denen so ein bisschen besser da stehe als mein Bruder. Weil ich da ja immer hingehen kann und das finde ich ja dann doof, wenn die dann den besser finden würden, sage ich mal.“ (Jana, 271)*

Vor allem in Bezug auf die oben angeführten Zitate greift die bereits vorab betonte Ausführung von Frick (2009, 118 f.) besonders gut. Die Schwester erfährt, ihren Schilderungen zur Folge, eine subjektive Benachteiligung innerhalb der Eltern- und Geschwisterbeziehung. Somit scheint durch die positive Beziehung zur Großmutter, eine zumindest anteilmäßige Bedürfnisbefriedigung gegeben zu sein.

Eine weitere Schwester benennt diese Thematik ebenfalls und sieht in der Oma eine wertvolle Stütze sowie einen wichtigen Rückzugsort.

*„Na doch, mit meiner Oma. Die ist da etwas außen vor und kennt ihn aber auch gut. Sie versteht mich und findet es auch nicht gut, dass ich immer alles verstehen und schlucken soll. Sie lenkt mich dann meistens ab, wenn wieder irgendwas war und sagt mir, dass ich absolut nichts dafür kann und ich jeder Zeit zu ihr kommen soll, wenn es wieder so schlimm ist.“ (Anna, 46)*

Die Vermittlung durch die Großmutter, die Schwester trage keine Schuld an den Dingen, die passieren, erscheint möglicherweise ein extrem wichtiger Faktor für die Befragte zu sein. So kann es ihr ggf. gelingen, bereits internalisierte Schuldzuweisungen an ihre Person abzuwehren, was ausschlaggebend für die persönliche Entwicklung der Schwester sein kann (auch beschrieben bei Achilles 2013, 44 f.).

Zudem erfolgte seitens weiterer Geschwister die Nennung einer guten Beziehung zu den Cousins, dem Opa oder der Patentante. Dies fand jedoch nicht im Zusammenhang mit einer ansonsten subjektiv erfahrenen Benachteiligung der Befragten durch die Eltern bzw. das Geschwisterkind statt. Diese sind somit lediglich als ergänzende, bereichernde Beziehungen zu sehen.

*„Okay ja, eigentlich ist es immer schön, also wenn meine Cousins da sind, das finde ich cool, wenn die da sind. Die sind immer total relaxed und alles, das finde ich immer gut. Aber sonst, außer Freundeskreis und so, fällt mir jetzt eigentlich niemand ein. Eigentlich ist es mit dem Opa auch gar nicht so schlecht. Mit dem kann man auch super reden mit meinem Opa. Ja, und mit ein paar anderen auch noch. Das ist eigentlich, habe ich kein Problem mit meinen Verwandten dann.“ (Mika, 175)*

*„Mit meiner Patentante. Und dann machen wir manchmal auch einen Ausflug zusammen. Auch mit meinen Geschwistern dann zusammen.“ (Milla, 235)*

*„(...) Und mit den Leuten aus dem Verein, da gehe ich auch gerne hin. Mit denen mache ich auch viel zusammen. Und noch ja, mit einem Kumpel von dem die Mutter, die ist sehr nett. Also mit der machen wir auch viel.“ (Anton, 330)*

Die Antwort einer Schwester verdeutlicht, dass die Oma offenbar nicht beide Enkelkinder gleichzeitig zu sich nimmt, da sie keine Lust auf ständigen Streit habe. Möglicherweise lässt sich dadurch auch ein Gewinn verzeichnen, der durch die alleinig gewidmete Aufmerksamkeit der Großmutter generiert wird.

*„Ich bin meistens alleine, weil meine Oma hat keine Lust darauf, wenn wir uns immer streiten.“ (Kathrin, 254)*

Insgesamt lässt sich ein offensichtlicher Mehrwert für die Befragten durch die Beziehung zu weiteren Bezugspersonen verzeichnen. Der Ausprägungsgrad dessen

sowie die Relevanz für die persönliche Entwicklung werden dabei sehr unterschiedlich betont.

#### **6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die im Rahmen dieses Punktes angeführten Ergebnisse in Bezug auf die Beziehung zum Geschwisterkind mit ADHS, zu den Eltern sowie den Freunden und weiteren Bezugspersonen, bieten ein weites Spektrum unterschiedlicher Aussagen und Bewertungen der interviewten Geschwister. In Bezug auf die Geschwisterbeziehung werden Tendenzen deutlich, die sowohl Hinweise auf eine positive als auch negative Beziehungsgestaltung liefern. Damit in Zusammenhang stehende Bewältigungs- und Konfliktlösestrategien lassen Abhängigkeitsvariablen für eine günstige Familiendynamik erkennen und zeigen weiterhin auf, welche Faktoren sich möglicherweise eher hinderlich für das psychische Wohlbefinden der Befragten auswirken.

Zusammenfassend lässt sich benennen, dass die Mehrzahl der interviewten Geschwister in der Lage waren, positive Aussagen bezüglich ihres Bruders bzw. ihrer Schwester mit ADHS zu treffen. Sehr günstig wirkten sich hierbei das Ausmaß gemeinsamer Aktivitäten sowie gegenseitige Hilfestellungen aus. Spielerisch verbrachte Zeit und Unterstützung im Alltag sind im Rahmen der Interviews als protektiver Faktor für die geschwisterliche Beziehung zu bewerten.

Negative Aussagen über das ADHS-Kind stehen in der Regel eng im Zusammenhang mit der Symptomatik der Störung und werden seitens der Befragten als unangenehm und störend erlebt. Auch kommt es unter diesem Aspekt subjektiv häufig zu Streitsituationen. Interessant und offensichtlich relevant zeigt sich der Umgang mit Konflikten für die Beziehungsdynamik. Es wurde deutlich, dass der Rückzug ins eigene Zimmer oder zu Freunden als häufig gewählte Strategie auftauchte. Vielfach unausgesprochen kam es im Anschluss zur Entspannung des Disputes. Verantwortlich hierfür, schilderte eine Vielzahl der Kinder und Jugendlichen, sei das immer wiederkehrende Verzeihen des negativen Verhaltens des ADHS-Geschwisters ihrerseits. Dieses sei sich seiner Taten gleich im Anschluss nicht mehr bewusst. Die Aussagen der Interviewten ließen erkennen, dass die vorherrschende Wut und der



Ärger auf das Geschwisterkind nach einer Zeit erlöschen, trotz des Bewusstseins, es passiere wieder. Ein wichtiger Aspekt war an dieser Stelle der Umgang mit vorhandenen negativen Emotionen. Konnten diese seitens der Befragten zugelassen werden, war eine insgesamt positivere Bewertung der Geschwisterbeziehung erkennbar. Kinder und Jugendliche, die die aversiven Gefühle zu unterdrücken versuchten, neigten einerseits verstärkt zu altruistischen Verhaltensweisen oder andererseits zu einer aufgestauten Wut. Letzteres zeigte sich insbesondere, wenn eine verstärkte Rücksichtnahme seitens der Eltern eingefordert wurde.

Zudem gaben einige Schilderungen der Geschwister Hinweise auf den Einfluss der Medikation des Bruders. Erfolgte die Nennung, das Geschwisterkind nehme Medikamente, dominierten Antworten, dass sich dies positiv auf die Beziehung auswirke. Weiterhin wurde des Öfteren geäußert, sich Sorgen über die schulische Laufbahn des Geschwisters mit ADHS zu machen sowie einer damit einhergehenden Besorgnis dessen Zukunft betreffend. Dies fand Begründung dadurch, dass viele der Befragten große Schwierigkeiten des Bruders bzw. der Schwester in Bezug auf Schule wahrnahmen.

In dem Punkt Unterschiede des Erlebens der Beziehung zur früheren Zeit und gegenwärtig, waren die Aussagen sehr ambivalent und stark in Abhängigkeit zum persönlichen Empfinden zu sehen. Beispielsweise wurde benannt, dass die noch nicht bekannte oder vorherrschende Diagnose des Geschwisters einerseits als positiv wahrgenommen wurde, da noch keine Rücksichtnahme eingefordert wurde, und andererseits erlebte ein Teil der Befragten die medikamentöse Behandlung heutzutage als Erleichterung. Letzteres wurde damit begründet, dass das als negativ erlebte Verhalten des ADHS-Kindes reduziert werden konnte.

Im Hinblick auf die zweite Kategorie „Beziehung zu den Eltern“ lässt sich zusammenfassend benennen, dass diese im Verhältnis zu den Geschwistern allgemein positiver dargestellt wurde. In Bezug auf die Mutter war teils eine deutliche Ambivalenz zu erkennen. Diese reichte von einer intensiven Beziehung mit gemeinsamen Unternehmungen bis hin zu einer verstärkt erlebten Bevorzugung des Geschwisterkindes und damit einhergehender vermehrt eingeforderter Rücksichtnahme seitens des gesunden Geschwisters. Letzteres wurde von den

Befragten als belastend geschildert und könnte als beziehungshemmender Faktor angesehen werden. Zudem kam in diesem Zusammenhang der Wunsch nach mehr ungeteilter elterlicher Zuwendung auf. In Anbetracht der elterlichen Rollenverteilung wurde deutlich, dass der Vater als häufig abwesend geschildert wurde. Ansonsten kam es vielfach zu der Nennung, er sei konsequenter in Bezug auf erzieherische Aufgaben und kümmere sich verstärkt um das Vorankommen der Kinder im Hinblick auf schulische Themen.

Allgemein lässt sich schlussfolgern, dass eine primär offene und wenig konfliktbehaftete Beziehung zu den Eltern sich offenbar positiv auf die Geschwisterdyade auswirkt. Zudem gab die Mehrzahl der Befragten gemeinsame Aktivitäten mit der Familie an. Ebenso wie positiv verbrachte Zeit mit dem Geschwisterkind wirken sich diese offensichtlich auch begünstigend auf den familiären Zusammenhalt aus. Im Umkehrschluss dazu wurde benannt, dass ein erhöhtes Konfliktaufkommen innerhalb der Familie mit einem Rückgang gemeinsamer Aktivitäten einhergeht.

In Bezug auf den Umgang mit Problemen wurde offenkundig, dass die überwiegende Anzahl der Befragten mindestens einen Ansprechpartner benennen konnte. Vielfach erwiesen sich die Eltern als hilfreich, jedoch ebenso Freunde, andere Geschwister oder die Großeltern. Zwei der befragten Schwestern befinden sich ebenfalls in psychologischer Behandlung. Hinsichtlich aufkommender Streitigkeiten mit den Eltern zeigte sich interessant, dass die Beschreibung gering vorhandener Konflikte im Rahmen der Aussagen dominierte. Vielmehr erfolgte verstärkt die Betonung, es komme zu zahlreichen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und dem Geschwisterkind mit ADHS. Dies wirke sich jedoch ebenfalls negativ auf die gesamte Familienatmosphäre aus. Einige der interviewten Kinder und Jugendlichen gaben jedoch auch in diesem Zusammenhang an, das Geschwisterkind werde oftmals bevorzugt und der an sie gerichtete Ärger sei ungerecht verteilt. Bezüglich der Lösung vorangegangener Konflikte kam es erneut häufig zu der bereits angeführten Strategie des „Rückzugs“. Allem Anschein nach insgesamt positiv wirkte sich ein anschließendes, klärendes Gespräch auf das Familienklima aus. Unausgesprochene Konflikte erschienen hierbei eher ungünstig bzw. diese Befragten erlebten sich oftmals als weniger wertgeschätzt.

In Bezug auf den elterlichen Umgang mit Konflikten das ADHS-Kind betreffend wurde des Öfteren benannt, die Mutter resigniere verstärkt, wohingegen der Vater als stringenter dargestellt wurde. In Anbetracht der Übernahme häuslicher Pflichten ist zu erwähnen, dass die meisten der Befragten diese als gerecht verteilt wahrnahmen. Nur zwei der Geschwister empfanden diesbezüglich eine subjektive Benachteiligung.

Die subjektive Sichtweise der Familie im Vergleich zu anderen ließ erkennen, dass Unterschiede, insbesondere in Bezug auf die Geschwister anderer, wahrgenommen wurden. Jedoch fand es ebenfalls Betonung, dies seien positive Aspekte, die nicht gemisst werden wollen. Eher negative Bewertungen der eigenen Familie im Vergleich zu der eines Freundes kamen in puncto wahrgenommener Bevorzugung des ADHS-Geschwisters sowie vermehrter Streitigkeiten auf. Das Ausmaß des hyperkinetischen Verhaltens hat somit offensichtlich Einfluss auf diese Bewertung. Positive Äußerungen dominierten jedoch.

Im Rahmen der Unterkategorie „Wünsche für die Familie“ zeigte sich beachtlich, dass die Mehrzahl der interviewten Geschwister eine Änderung in Bezug auf den Bruder mit ADHS erwünschten. Diese reichte von einer Verbesserung der medikamentösen Therapie und einer damit einhergehenden, dauerhaften Verhaltensänderung sowie besseren Schulleistungen bis hin zu einem Rückgang der subjektiven, durch die Störung bedingten Benachteiligung durch die Eltern. An dieser Stelle zeigte sich, trotz einer positiven Einstellung zum Geschwisterkind sowie guter Bewältigungsstrategien, eine offenbar nicht von der Hand zu weisende erlebte Belastung und Sorge der Geschwister aufgrund der Symptomatik der Störung des Bruders bzw. der Schwester.

Im Rahmen der dritten Kategorie wurden Aussagen bezüglich der Schule sowie weiteren sozialen Beziehungen in Augenschein genommen und diskutiert. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse erwiesen sich ebenfalls als sehr aufschlussreich und interessant.

Auffallend zeigte sich eine fast durchgängig positive Bewertung der eigenen schulischen Situation. Wohingegen in Bezug auf das Geschwisterkind häufig angeführt wurde, dass dieses verstärkt Probleme dort zu haben scheint. Ebenfalls hervorzuheben gilt, dass die Befragten ausschließlich angaben, positive freundschaftliche Beziehungen zu pflegen, die ihnen eine wichtige Stütze bieten und Vertrauenspersonen darstellen.

Beides weist auf eine besonders gute Anpassung der Geschwister im schulischen und sozialen Bereich hin. Gemeinsame Aktivitäten mit Freunden finden offenbar häufig statt und werden als bereichernd erlebt. Konflikte seien eher die Seltenheit und würden schnell gelöst. Erwähnenswert sei an dieser Stelle, dass auch dort der „Rückzug“ verstärkt als Lösungsstrategie benannt wird. Dieser geht vielfach einher mit einer nachgebenden Haltung sowie einem schnellen Verzeihen, was ebenfalls im Rahmen der Geschwisterbeziehung häufig Erwähnung fand. Das vielfach angeführte und als sehr belastend erlebte negative Verhalten des ADHS-Geschwisters scheint größtenteils keinen besonderen Einfluss auf die freundschaftlichen Beziehungen der Befragten zu haben. Zumeist wird angegeben, einen guten Umgang bezüglich des Einbindens des Geschwisters ins Spiel sowie einer nötigen Abgrenzung gefunden zu haben. Lediglich eine Schwester merkt an, ihre Freundinnen von Zuhause fernzuhalten, damit sie das Verhalten des Bruders nicht mitbekommen.

Sehr konträr im Vergleich gestalten sich die Schilderungen der Befragten hinsichtlich der freundschaftlichen Beziehungen des ADHS-Geschwisters. Diese haben offenbar vermehrt Probleme, soziale Beziehungen einzugehen. Im Vergleich wurde in diesem Zusammenhang häufiger betont, es habe weniger bis keine Freunde. In Anbetracht der Aussagen in Bezug auf die Beziehung des befragten Geschwisters zu weiteren Bezugspersonen wurde der besonders große Stellenwert der Großmutter ersichtlich. Diese wurde in vielerlei Hinsicht als Ressource im Rahmen der Konflikt- und Problembewältigung erlebt und stellt eine sehr relevante Vertrauensperson dar, die einen Rückzugspunkt bietet. Insbesondere als hilfreich erwies sich diese bei subjektiv erlebter Benachteiligung der Befragten durch die Eltern. Ebenfalls angeführt wurde eine gute Beziehung zu Cousins, dem Großvater, dem Onkel oder der Patentante. Diese wurden jedoch lediglich als ergänzende Bereicherung angeführt und nicht als Ansprechpartner aufgrund vorhandener Probleme benannt.

Folgende Tabelle liefert eine zusammenfassende Auflistung von Ressourcen sowie Bewältigungsstrategien, die sich aus der Analyse der Interviews ableiten ließen und sich offenbar sehr begünstigend auf die Entwicklung auszuwirken scheinen. Zahlreiche der nun angeführten Faktoren lassen sich ebenfalls in den Punkten 2.3.5 sowie 3.3.2

und 3.3.3 dieser Arbeit in Bezug auf Geschwisterbeziehungen allgemein und Geschwister von behinderten Kindern wiederfinden.

**Tab. 20: Ressourcen und Bewältigung**

Ressourcen und Bewältigung im Zusammenleben mit einem ADHS-Geschwister
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offene Kommunikation innerhalb der Familie</li> <li>• Gute soziale Beziehungen</li> <li>• Positives Selbstbild</li> <li>• Gemeinsame Aktivitäten mit der Familie bzw. dem Geschwisterkind</li> <li>• Zeiten ungeteilter Aufmerksamkeit durch die Eltern</li> <li>• Gegenseitige Hilfestellungen</li> <li>• Ausreichend Rückzugsmöglichkeiten (z. B. ins eigene Zimmer oder zu Freunden)</li> <li>• Gute schulische Leistungen</li> <li>• Offene Gespräche mit Eltern, Freunden sowie weiteren Bezugspersonen</li> <li>• Negative Emotionen gegenüber dem ADHS-Geschwisterkind werden zugelassen</li> <li>• Medikation des Geschwisters</li> <li>• Gleichbehandlung durch die Eltern</li> <li>• Übernahme von Verantwortung</li> <li>• Hohe Wertschätzung durch Familie und Freunde</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung.

Weiterhin zeigt die sich nun anschließende Tabelle eine aus den Ergebnissen gewonnene Zusammenfassung der Belastungs- und Risikofaktoren. Einige unter ihnen wurden ebenfalls bereits in den theoretischen Ausführungen genannt (vgl. z. B. Kapitel 3.3.1).

**Tab. 21: Belastungs- und Risikofaktoren****Belastungs- und Risikofaktoren im Zusammenleben mit einem ADHS-Geschwister**

- Hoher Ausprägungsgrad der hyperkinetischen Störung mit teils einhergehender oppositioneller Symptomatik
- Bevorzugung des ADHS-Geschwisters durch die Eltern
- Stark eingeforderte Rücksichtnahme seitens der Eltern
- Gesteigerte Übernahme von Verantwortung
- Häufiges Auftreten von Konflikten
- Streitigkeiten bleiben unausgesprochen
- Wenig gemeinsame Aktivitäten mit der Familie oder dem Geschwisterkind
- Negative Gefühle in Bezug auf das ADHS-Geschwisterkind werden unterdrückt

Quelle: eigene Darstellung.

Im Fokus des nächsten Kapitels stehen vier kontrastive Falldarstellungen, die als Vorreiter der sich daran anschließenden Typenbildung bzw. Charakterisierung der Geschwistertypen zu sehen sind.

## 7. Kontrastive Falldarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse aus der qualitativen Untersuchung in Kapitel 6 sind hilfreich, um ein Verständnis der Zusammenhänge zu generieren. Dies geschieht, indem Informationen über das subjektive Empfinden der Geschwisterkinder in Bezug auf ihre Beziehungsgestaltung sowie die Dynamik innerhalb der Familie aufkommen. Ziel der in diesem Kapitel angeführten kontrastiven Falldarstellungen ist es, eine Übersicht ähnlicher Merkmale sowie Abweichungen zwischen den Fällen darzulegen. Um dies ermöglichen zu können, wurde im Vorfeld eine fallbezogene Dimensionalisierung bzw. Bestimmung von Kategorien und Subkategorien durchgeführt. Im Anschluss daran erfolgte eine synoptische Analyse, d. h. Textpassagen wurden herausgesucht und vergleichend analysiert (Kelle & Kluge, 2010 & Kapitel 6). Hierbei war die bereits angeführte Software MAXQDA sehr hilfreich, da auf die Weise die Kodierung und der Vergleich von Textpassagen möglich wurde, ohne eine Loslösung aus dem Kontext herbeizuführen (ebd., 2010, 60).

Die Bezeichnung bzw. Rollenzuschreibung der Geschwistertypen resultierte aus den jeweiligen Erzählungen der Befragten in Bezug auf deren subjektiven Bewältigungsstrategien. Diese ergaben sich einerseits zum Teil aus den in Kapitel 2.4 angeführten Rollen oder wurden eigens, ohne theoretische Ableitung, benannt bzw. zugewiesen.

Die sich nun anschließenden kontrastiven Darstellungen sowie die im Vorfeld vorgenommene fallvergleichende Analyse einzelner Fälle liefern für die Typenbildung im 8. Kapitel unverzichtbare Auswertungsschritte.

### 7.1 Lara: Die Verständnisvolle / Zurückhaltende

Lara ist 13 Jahre alt und besucht die 8. Klasse des Gymnasiums. Sie hat blonde lange Haare zu einem Zopf gebunden, ist schlank und wirkt auf den ersten Blick ruhig und zurückhaltend. Im Verlauf des Interviews behielt sie diese ruhige Art bei, zeigte sich jedoch auch als mitteilungsbereit, schwingungsfähig und sehr freundlich. Ihre Antworten waren in der Regel überlegt gewählt, doch ihr Sprachfluss eher schnell. Ihre Stimme war leise, aber sehr klar. Wäre das genaue Alter nicht bekannt, wäre die

Einschätzung möglich, dass aufgrund der Ausdrucksweise und Betonung Lara gut zwei bis drei Jahre älter sei. Sie lebt gemeinsam mit ihren Eltern und ihrem 10 jährigen Bruder in einem Einfamilienhaus in einer städtischen Wohngegend. Beide Kinder haben ein eigenes Zimmer. Der Bruder mit ADHS besucht die 4. Klasse einer Grundschule und wird im Anschluss voraussichtlich auf eine Gesamtschule wechseln. Beide Eltern haben Abitur und sind Mitte 40. Die Mutter hat eine abgeschlossene Ausbildung und arbeitet in Teilzeit. Der Vater hat studiert und ist nun selbstständig tätig.

Als Lara seitens der Interviewerin gebeten wird, ihren Bruder zu beschreiben, betont sie vorweg, dass er auch ruhig sein könne. Daraus könnte geschlossen werden, dass sie aufgrund der Thematik der Studie bereits davon ausgeht, dass Kinder mit ADHS es nicht sind und Aussagen diesbezüglich ihrerseits erwartet werden, was sie möglicherweise nicht möchte. Weiterhin lässt sich mutmaßen, dass zu Beginn des Interviews die von Vogl (2012, 20) beschriebene Problematik des Generationenverhältnisses und dem damit einhergehenden Autoritätsverhältnis, eine Rolle spielt. In dem Fall könnte es passieren, dass aufgrund des in unserer Kultur vorherrschenden konventionellen Rollenverhältnisses zwischen Kindern und Erwachsenen, das eben angeführte Autoritätsverhältnis Hemmungen bei Kindern auslöst und Gefahr läuft, sozial erwünschte Antworten zu provozieren (Vogl, 2012, 20). Mit dieser möglicherweise auftretenden Schwierigkeit im Hinterkopf wurde seitens der Interviewerin intensiv versucht, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen. Ihr wurde somit nochmals erläutert, dass sie die Expertin sei und alles Gesagte ausnahmslos vertraulich bzw. anonymisiert behandelt werde. Im Anschluss war eine erleichternde Haltung erkennbar und es folgten eine Reihe von beschreibenden Situationen, z. B. beim Essen oder wenn er viel Süßes bekommen hat, in denen er nicht auf dem Stuhl stillsitzen kann, immer schnell fertig werden muss, herumhampelt etc. Auffällig bei dieser Beschreibung des Verhaltens sind ihre Begründung sowie der Umgang damit.

*„Also ich bin es ja schon mittlerweile gewohnt. Ich finde es auch eigentlich gar nicht so schlimm. Manchmal ist das halt ein bisschen anstrengend, zum Beispiel wenn man abends mal gemütlich mit seiner Familie essen will und er dann da auf dem Stuhl rumhampelt und das Essen in sich reinschlingt. Ist dann natürlich auch nicht so appetitlich oder so. Aber man muss sich halt*



*einfach damit abfinden. Ist halt einfach so, er kann da ja auch nichts für und er macht das ja auch nicht extra und er will das ja eigentlich auch gar nicht so. Und ja. Also eigentlich ist ganz okay. Also ich finde es jetzt nicht so schlimm. Natürlich denkst du dir manchmal, ja, hör doch mal auf damit, aber ist halt so. Kann er ja nichts für.“ (Lara, 5)*

Die nächste Aussage bezieht sich darauf, dass Lara sich über ADHS informiert hat, älter geworden ist und somit ihrer Ansicht nach mehr Verständnis aufbringen kann.

*„Das ist, glaube ich, schon zwei Jahre her, als ich das gemacht hatte. Aber früher war das halt so, ich habe immer gedacht, ich habe es trotzdem irgendwie nie richtig verstanden, dass man nicht stillsitzen kann. Aber jetzt wo ich älter werde immer und dann denke ich mir, es nützt jetzt überhaupt nichts, wenn du dich darüber aufregst, weil es ist halt einfach so. Es ist halt eine Krankheit und da kannst du halt nichts dran ändern. Du musst das einfach so hinnehmen und du liebst ihn ja trotzdem, es ist ja dein Bruder. Ja, da muss man einfach gucken, wie es klappt.“ (Lara, 83)*

Hier lässt sich ableiten, dass sie ihrem Bruder keinerlei Schuld oder Absicht für sein Verhalten zuschreibt. Weiterhin betont sie, man müsse sich ja damit abfinden. Dies klingt erst einmal, als ob es ihrer Meinung nach keine Lösung gibt und es somit keinen Sinn macht, zu intervenieren. Dies schlussfolgert sie möglicherweise aus den Informationen, die sie sich über ADHS eingeholt hat. Gefolgt von dem Eingeständnis und der Entschuldigung, er mache es ja nicht extra und könne nichts dafür, was großes Verständnis sowie das Zurückstellen eigener Emotionen voraussetzt. Wie bereits u. a. in Kapitel 3.3.3 angeführt, ist eine altersgerechte Information über die Behinderung bzw. die Krankheit des Geschwisterkindes unter anderem wichtig für die gesunde Entwicklung eines Geschwisterkindes. Bei Lara scheint sich dies hinsichtlich des aufgebrachten Verständnisses zu zeigen. Jedoch wird ebenfalls anhand der Schilderungen deutlich, dass negative Gefühle dem Bruder gegenüber zwar vorhanden sind, diese jedoch schnell unterdrückt werden. Ansonsten beschreibt das Mädchen ihren Bruder als sehr „süß“, in Situationen, in denen er sensibel auf Stimmungslagen reagiert oder sich an sie klammert, wenn er Angst vor irgendwas hat. Das Adjektiv „süß“ als Eigenschaft ihres Bruders scheint vieles, was er tut, verzeihbar zu machen und impliziert etwas Kindliches, Schutzbedürftiges, was ihm offensichtlich zu Gute kommt. Anhand einiger Aussagen wird deutlich, dass sie sich stark um ihren Bruder

sorgt und sich viele Gedanken macht, was alles noch passieren könnte. Insbesondere hinsichtlich des Themas „Schule“.

*„Es war eine Zeitlang so, da war er wirklich so unkonzentriert und hat so oft seine Hausaufgaben nicht verstanden, alles total unordentlich gemacht. Da habe ich mir wirklich gedacht, oh Linus, du musst aufpassen. Wenn er auf die weiterführende Schule kommt und er kann ja auch irgendwie noch nicht so richtig gut lesen. Also ich kann mich daran erinnern, dass ich in der fünften Klasse schon ein bisschen besser lesen konnte als er. Dass ich die Aufgaben viel besser verstanden hätte und dann mache ich mir schon manchmal Sorgen, ob er das dann auch so schafft und dann irgendwie nicht geärgert wird von den anderen Schülern. Dann mache ich mir schon ein bisschen Sorgen (Lara, 57).“*

*„Ja, also mit meinen Eltern habe ich darüber schon gesprochen und die machen sich halt auch Sorgen darüber, aber die wollten jetzt halt mal gucken wie das halt wird, bis der auf einer Gesamtschule ist.“ (Lara, 58)*

*“ (...) Und die Gesamtschule ist direkt neben meiner Schule. Also wenn der auf dem Schulhof ist, dann kann ich ihn auch beobachten.“ (Lara, 59)*

*„Ja, da müssen wir erstmal schauen, wie das klappt. Vielleicht klappt das ja ganz gut und dann haben wir Glück gehabt.“ (Lara, 63)*

Anhand der eben genannten Aussagen wird deutlich, dass sie sich um das schulische Vorankommen ihres Bruders sorgt und ihn mit sich vergleicht. Hierbei musste sie feststellen, dass sie im gleichen Alter z. B. bereits besser lesen konnte. Des Weiteren erwähnt sie die Befürchtung, er könne von Mitschülern geärgert werden. Die Tatsache, dass der Schulhof ihres Bruders in Sichtweite ist, scheint sie zu beruhigen. Sie möchte offensichtlich die Kontrolle über das, was er tut behalten, um ggf. unterstützend eingreifen zu können, sollte er sich in einer Notsituation befinden. Anhand dieses Beispiels übernimmt die Schwester die Rolle der Verteidigerin / Unterstützerin. Diese Rolle wird vermehrt den älteren Geschwistern zugesprochen und zeigt sich auch in diesem Fall als stimmig (s. Kapitel 2.4.1). Zudem ist auffällig und findet sich in zahlreichen Beschreibungen der Schwester wieder, dass sie sich in Entscheidungsprozesse bzw. bei Dingen, die den Bruder betreffen, mit ihren Eltern auf eine Stufe stellt. Sie wird offensichtlich von ihren Eltern stark mit einbezogen und übernimmt somit bereits eine Menge Verantwortung für ihren Bruder und macht sich viele Gedanken. Folgende Aussage dient beispielhaft dafür.

*„Also meistens, also sie erzählen mir das immer abends beim Essenstisch, wenn der Linus schon wieder aufgestanden ist und so. Und dann reden wir auch immer so darüber, wie wir das jetzt machen könnten. Also früher habe ich mich da jetzt nicht so mit daran beteiligt, aber mittlerweile fällt mir das halt auch immer mehr auf, dass er wirklich ans Arbeiten muss, weil sonst kommt das nicht so gut an der weiterführenden Schule und der muss ja auch was Ordentliches werden, damit er mal einen Job bekommt und so. Dann sage ich zu meinen Eltern zum Beispiel auch immer ja, wir können es ja mal wieder probieren mit dem Zucker, dass er weniger Zucker isst und jetzt nicht gar keinen, aber weniger.“ (73)*

Diese Art der Fürsorge und des Verständnisses verbirgt sowohl Risiken als auch Chancen für die weitere Entwicklung des Geschwisterkindes. Hackenberg (2008) benennt diesbezüglich, dass ein hohes Verantwortungsbewusstsein und Verständnis einerseits zu einem starken sozialen Engagement insgesamt führen kann, andererseits bestehe die Gefahr der Überforderung. Dies geschehe, indem Eltern bereits früh sehr viel Selbstständigkeit von ihren Kindern erwarten, was zu einer Selbstüberforderung führen könnte (Hackenberg, 2008, zitiert nach Achilles, 2010, 53).

Auch die Eltern von Lara scheinen viel Verständnis ihrerseits zu erwarten, was folgende Aussagen verdeutlichen.

*„Manchmal wenn ich jetzt zum Beispiel gestresst bin, so von der Schule oder so, wenn ich dann sieben Stunden Schule hatte und dann nach Hause komme und er da rumhampelt und auf dem Sofa rumhüpft, dann werde ich natürlich auch schon manchmal so ein bisschen sauer auf ihn, weil dann meckere ich ihn natürlich auch an und dann versteht er das aber meistens gar nicht, warum ich ihn jetzt anmeckere. Weil er denkt halt, er hat überhaupt nichts gemacht und dann kriege ich meistens auch noch Ärger von meinen Eltern, weil die wissen ja, dass er das nicht extra mach. Der kann ja nichts dafür. Aber in manchen Situationen nervt mich das dann schon.“ (Lara, 9)*

*„Also der Linus macht meistens in der Küche Hausaufgaben mit meiner Mutter und manchmal mit meinem Vater. Und wenn ich dann zum Beispiel runterkomme und ich nehme dann irgendwie, keine Ahnung, was zu trinken holen oder so, dann sagt meine Mutter schon oft, ja, geh wieder in dein Zimmer. Linus muss sich jetzt konzentrieren. Dann denke ich mir auch, hey, ich wohne aber auch hier. Und wenn ich was trinken will, muss ich auch trinken und holen. Und dann (...), (...) sage ich das halt dann manchmal, zum Beispiel gehe dann einfach in mein Zimmer und denke mir, es hat jetzt keinen Sinn das jetzt zu sagen, weil es ändert sich halt nichts daran, muss sich halt konzentrieren können und das geht halt nicht so gut in seinem Zimmer, weil da ist halt nicht so viel Platz und da liegt überall Spielzeuge rum (...).“ (Lara, 51)*

Die Schilderungen zeigen erneut, dass Lara sich durch das Verhalten ihres Bruders einerseits genervt fühlt und die Reaktionen und das erwartete Verständnis ihrer Eltern unfair findet. Jedoch verfällt sie andererseits immer wieder der Argumentation, er könne ja nichts dafür sowie erwartet von sich selbst ein hohes Maß an Verständnis und Selbstkontrolle. Es wird ihr offensichtlich des Öfteren suggeriert, dass seitens ihrer Eltern scheinbar die Erwartungshaltung besteht, sie müsse ihren Ärger / ihre Wut „einstecken“. Eine derartige Reaktion oder Zurückhaltung sei, so Achilles (2010), allerdings hinderlich für eine positive Entwicklung. Laut der Autorin, sollen auch negative Gefühle zugelassen und verbalisiert werden dürfen.

Weiterhin scheint sie sich mit den Situationen, in denen sie sich genervt fühlt, abgefunden zu haben, indem sie anführt, es lassen sich sowieso keine Änderung am Verhalten des Bruders herbeiführen. Die beschriebenen Sichtweisen und Erklärungsansätze innerhalb der Familie tendieren stark zum bio-medizinischen Entstehungsmodell von ADHS als genetisch bedingte Krankheit (Kapitel 4.6.1), die als solche hinzunehmen ist.

Auch hier sind wiederum Parallelen zu den Ausführungen von Hackenberg (2008) in Bezug auf Geschwister behinderter Kinder zu erkennen. Diese merkt an, dass das Risiko der emotionalen Vernachlässigung gesunder Geschwisterkinder bestehe. Gemeint ist hiermit, dass Geschwister, wie wahrscheinlich auch Lara, sich sehr angepasst verhalten und scheinbar „reibungslos funktionieren“ (Hackenberg, 2008, in Achilles, 2010, 53). Die Eltern sind oftmals mit der Situation überfordert und machen sich Sorgen um das kranke / behinderte Kind, was die Gefahr mit sich bringt, dass die Probleme der gesunden Geschwister möglicherweise übersehen werden (ebd., 2010, 53). Dies könnte zur Folge haben, dass diese starke Anpasstheit sowie das von ihnen erwartete Verständnis, Kinder in ihren Lebensmöglichkeiten einschränkt und eigenständige, grenzerweiternde oder hedonistische Tendenzen eine zu geringe Ausprägung finden (Frick, 2009, 93).

Inwieweit Lara in dieser Hinsicht belastet ist, lässt sich aufgrund der Aussagen und des noch jungen Alters sicherlich nicht sagen, jedoch könnte eine potentielle Gefährdung ihrer Person und Entwicklung, resultierend aus dem hohen Grad an Verständnis und Einschränkungen, durchaus bestehen.

Folgende Aussagen nehmen Bezug auf Streitsituationen mit dem Bruder und deren Häufigkeiten sowie die Reaktion der Eltern diesbezüglich.

„Aber jetzt nicht so oft. Was mir aber auch aufgefallen ist, zum Beispiel in den Ferien verstehen wir uns viel besser, als wenn wir Schule haben beide. Weil wenn wir Schule haben, wir sind beide total gestresst, weil wir mit den Hausaufgaben. Er kann es halt nicht so gut machen. Er muss sich immer total konzentrieren und meine Mutter verliert auch manchmal die Nerven und das sind immer so anstrengend, wenn ich dann noch gestresst bin und wieder so für Arbeiten lernen muss und dann, ja dann passiert es schon mal, dass wir uns dann sehr doll streiten wegen so einer richtigen dummen Sache, die überhaupt nicht nötig ist.“ (Lara, 13)

„Also meine Eltern, die sind da / also sie nehmen das hin, aber natürlich manchmal sind sie auch genervt und dann gibt es natürlich Ärger für den. Aber natürlich, man muss einfach damit klarkommen. Man kann ja jetzt nicht irgendwie ihm da Tabletten geben und dann ist alles wieder gut oder so. Ist halt einfach so und ja, meine Eltern, ich glaube sie finden das jetzt auch, zum Beispiel meine Mutter, die ist ganz oft am Verzweifeln, wenn sie mit ihm Hausaufgaben macht. Dann fragt sie mich auch manchmal, kannst du nicht mit ihm Hausaufgaben machen, ich kann jetzt einfach nicht mehr.“ (Lara, 87)

„Also meistens kriege ich den Ärger, weil ich ja die Ältere bin. Das ist aber irgendwie auch bei anderen Geschwisterkindern so, denke ich mal. Und manchmal bekommt Linus aber auch Ärger, wenn er dann so Sachen macht, die er wirklich kontrolliert macht. Wo er wirklich was für kann. Aber normalerweise bin ich dann die, die Ärger bekommt.“ (Lara, 21)

*„Dann sagen die meistens, also sind eigentlich immer die gleichen Argumente, dass er ja da gar nichts für kann und dass er das auch nicht extra macht und so. Und dass ich die Ältere bin und dass ich nachgeben soll.“ (Lara, 23)*

Die o. g. Interviewsequenzen zeigen auf, dass es scheinbar insbesondere durch den schulischen Alltag zu Streitigkeiten kommt. Der Bruder ist offensichtlich aufgrund seiner Konzentrationsschwierigkeiten bei den Hausaufgaben sehr leicht reizbar und braucht ständige Hilfe. Dies wiederum führe zu Stress, auch seitens der Mutter und der Schwester. Hier beschreibt die Schwester ADHS-typische Symptome ihres Bruders, die in zahlreicher Literatur zu dem Thema genannt werden und das Familienleben stark negativ beeinflussen bzw. negative Stimmungen und Stress produzieren können (z. B. Ahrbeck, 2007 & Döpfner et al., 2013).

Laras Äußerungen über die Reaktionen der Mutter zeigen erneut, dass diese sehr belastet scheint und in solchen Situationen wiederum auf Rücksichtnahme und Verständnis seitens ihrer älteren Tochter besteht. Zudem ist fraglich, welche Relevanz

Bildung und ein damit verbundener guter beruflicher Werdegang ihrer Kinder für die Eltern haben. Da sowohl Mutter als auch Vater ein Abitur besitzen und der Vater ebenfalls ein Studium absolviert hat, könnten gewisse Erwartungen und Ansprüche an die Kinder eine große Rolle spielen (Bergmann, 2010, 33). Dies führt möglicherweise zu Ängsten in Bezug auf den Bruder, dass dieser es schwerer und schulisch weniger Erfolg hat. Die Tochter ist bereits auf dem Gymnasium und eine gute Schülerin, was impliziert, dass diese deutlich weniger Unterstützung braucht und man sich daher umso mehr um den Erfolg des Bruders kümmern müsste. Die beschriebenen starken Konzentrations- und Schulschwierigkeiten des Sohnes sorgen möglicherweise gerade bei den Eltern für Druck und Stress in Bezug auf nicht erfüllbare Erwartungen ihres Kindes und damit verbundene Zukunftsängste ihn betreffend. Hier ist erneut eine Parallele zu den Ausführungen von Kasten (2001) über die Bedingungsfaktoren für eine gute bzw. schlechte Anpassung der Familie an die Situation mit einem behinderten bzw. kranken Kind zu erkennen. Demzufolge zeigen Familien mit einem hohen sozialen Status tendenziell schlechtere Anpassung im Vergleich zu Familien mit einem niedrigen sozialen Status. Dies schließt der Autor aus den erhöhten Erwartungen an die Kinder und deren beruflicher Zukunft (Kasten, 2001).

Die Reaktionen der Schwester lassen schließen, dass diese es zwar nicht gerechtfertigt findet, immer nachgeben zu müssen, jedoch scheint die Argumentation der Eltern, der Bruder könne nichts dafür und mache es ja nicht extra, sich bei ihr verinnerlicht zu haben und sie nimmt es im Nachhinein hin. Schließlich führt sie diese Argumente selbst als Erklärung an, da es ihr ggf. so leichter erscheint, die ihrer Ansicht nach nicht veränderbare Situation zu akzeptieren und eine positive Einstellung ihrem Bruder gegenüber zu wahren. Die Schilderung, der Bruder bekomme nur Ärger, wenn er etwas offensichtlich mit Absicht getan hat, lässt vermuten, dass jegliches andere Fehlverhalten seitens der Familie auf seine ADHS-Diagnose zurückgeführt wird und somit von allen Seiten eine entschuldigende Haltung eingenommen wird.

Folgende Aussagen verdeutlichen beispielhaft den Umgang mit Konflikten und zeigen eigens gewählte Lösungsstrategien auf.

*„Also normalerweise schreiten dann irgendwann meine Eltern ein, dann sind wir beide beleidigt und gehen in unser Zimmer. Ja, das ist eigentlich immer so. Dann sind wir irgendwann beide beleidigt und dann gehe ich meistens runter zu ihm und dann sage ich, ach Linus, sollen wir uns*

*nicht wieder vertragen? Dann ist er immer erst noch so ein bisschen stur und so nein. Und irgendwann kommt dann, ja okay.“ (Lara, 15)*

*„Ja, manchmal kommt er aber auch an. Ja. Und malt mir halt so kleine Bilder, das ist voll süß.“ (Lara, 17)*

*„Also manchmal denke ich mir dann so, nein, du lässt ihn jetzt einfach mal kurz in Ruhe, redest jetzt einfach mal kurz nicht mit ihm, vielleicht begreift er dann, was er falsch gemacht hat, aber dann kommt er beim nächsten Mal an, Lara, sollen wir Bluebird spielen? Er hat das schon sozusagen wieder vergessen und dann sage ich mir auch, naja, ich habe keine Lust mit dir jetzt Bluebird zu spielen. Du nimmst mir die ganze Zeit mein Handy weg und ich hatte dir schon 1.000 Mal gesagt, dass du es nicht machen sollst. Und dann sagt er immer so Sachen wie, ja, es war doch nicht extra. Und dann sage ich Linus, du kannst nicht mein Handy wegnehmen. Ja, aber es tut mir leid. Und das sagt er immer wieder oder der guckt immer so süß und dann muss man einfach irgendwann sagen ja okay.“ (Lara, 143)*

Lara schildert, dass bei Streitigkeiten mit dem Bruder meistens die Eltern eingreifen. Als Reaktion gehen sie beleidigt ins Zimmer, wobei sie scheinbar oftmals den ersten Annäherungsversuch unternimmt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es ihr leichter fällt dem Bruder zu verzeihen, weil sie sich womöglich in Erinnerung ruft, dass er es ja nicht mit Absicht tut. Geht der erste Schritt in Richtung Versöhnung vom Bruder aus, hofft sie auf Einsicht seinerseits, indem sie ihn zu allererst abweist. Dies führt jedoch, den Aussagen der Befragten zur Folge, zu keinem Erfolg. Die Schwester wiederum widersteht ihrem Bedürfnis, ihn einmal „zappeln zu lassen“ mit den o. g. Worten, er sei dann wieder „so süß“.

Streitigkeiten mit den Eltern stehen laut der Befragten immer in Abhängigkeit zu ihrem Bruder, was folgende Worte verdeutlichen.

*„Also wenn Linus dabei ist, dann streiten wir uns schon ein bisschen öfter, aber im Moment ist es eigentlich wieder besser geworden. Aber ich muss auch sagen, wenn ich mit meinen Eltern alleine bin, streite ich mich gar nicht mit ihnen.“ (Lara, 93)*

*„Zum Beispiel, ich gehe heute Abend auch mit meiner Mutter ins Kino und so. Also wir verstehen uns eigentlich schon relativ gut, aber manchmal ist es halt so, dass der Linus uns so alle so strapaziert und natürlich, wenn dann irgendeine Kleinigkeit ist, worüber man sich sonst eigentlich nicht aufregen würde, regt man sich dann sofort auf und dann gibt es immer so Diskussionen. Ja, aber eigentlich beruhigen wir uns dann auch immer ganz schnell (...).“ (Lara, 95)*

Den oben angeführten Ausführungen zur Folge, nimmt das Verhalten des Bruders großen Einfluss auf die Stimmungslage innerhalb der Familie. Dies wird in der Literatur ebenfalls bestätigt. Dort heißt es, dass das emotionale Klima in Familien von Kindern und Jugendlichen mit ADHS beeinträchtigt ist und Eltern sowie Geschwister ihre eigene Stimmung dem negativen Verhalten der Kinder mit ADHS anpassen. Dies passiert im Umkehrschluss auch bei positiven Verhaltensänderungen (z. B. Johnston & Mash, 2001).

Als positiv zu bewerten, laut Aussage der Schwester, ist die scheinbar schnelle Beruhigung aller Familienmitglieder.

Interessant sind die Schilderungen der Schwester in Bezug auf gemeinsame Aktivitäten mit der Familie.

*„Ja, also jetzt nicht so oft, aber dann gehen wir zum Beispiel in irgendein Museum, was ich langweilig finde. Aber ich gehe dann einfach mit, weil dann sagt meine Mutter so Sachen wie: Ja, wir müssen was als Familie machen und dann kommen immer die gleichen Argumente und da gehe ich einfach immer irgendwann mit.“ (Lara, 105)*

Offensichtlich kommt es nicht häufig zu familiären Ausflügen. Warum, ist fraglich und wird nicht weiter benannt. Ein Grund könnte sein, dass es sich möglicherweise, durch das Verhalten bzw. die Unruhe des Bruders als sehr anstrengend gestaltet. Aber dies sind reine Mutmaßungen. Lara erwähnt, dass ihre Mutter anführt, die Familie müsse etwas gemeinsam unternehmen. Dies klingt eher nach dem Bedürfnis, einer gesellschaftlich vorgegeben Norm zu entsprechen. Der Besuch eines Museums in dem Fall, zeugt von der elterlichen Absicht, den Kindern Bildung nahe zu bringen und deckt sich mit der Vermutung, die Eltern haben möglicherweise hohe Ansprüche. Das Verhalten der Schwester zeigt auch hier erneut Angepasstheit, indem sie irgendwann einfach mitgehe, obwohl sie offensichtlich wenig Lust hat.

Bezüglich vorhandener Unterschiede im Vergleich zu anderen Familien macht die Schwester die Bemerkung, es gebe keine großen Verschiedenheiten.

*„Ich sehe da nicht so einen großen Unterschied. Nur halt, dass man öfter auf ihn aufpassen muss, sage ich jetzt mal so. Also irgendwie, man kann die Geschwister von denen irgendwie mehr alleine lassen und die kommen auch mehr zurecht. Zum Beispiel auch die kleine Schwester von einer Freundin, die ist auch total gut in der Schule und macht immer alles alleine. Kann zum*



*Beispiel total gut Vokabeln auswendig lernen und so. Und das ist halt alles, da muss man sich halt mehr drum kümmern sozusagen.“ (Lara, 109)*

Als einzige Differenz zu anderen Familien nennt sie den Aspekt des „Kümmerns“. Hieran wird erneut die hohe Verantwortung deutlich, die sie sich selbst in Bezug auf ihren Bruder zuschreibt.

Die sich anschließende Äußerung untermauert weiterhin das große Pflichtbewusstsein der Befragten, diesmal in Bezug auf abendliches Aufpassen, wenn die Eltern ausgehen möchten.

*„Ja, also ich finde es, ab und zu geht das natürlich. Ist halt dann kein Problem, weil es ist ja mein Bruder. Aber wenn man es dann wirklich so jede Woche macht, dann irgendwann schon nervig. Zum Beispiel, wenn man sich dann verabreden will und dann so bei einer Freundin übernachten will oder so, geht das dann alles immer nicht, weil ich dann aufpassen muss. Da kann ich ihn natürlich nicht alleine lassen (...)“ (Lara, 117)*

An dieser Stelle scheinen die Eltern erneut Verantwortung auf ihre Tochter zu übertragen. Sie schildert im Verlauf des Interviews, häufig auf ihren Bruder aufpassen zu müssen, was sie als anstrengend empfindet. Insbesondere die Wahrnehmung, sie müsse dadurch auf Dinge verzichten, zeugt erneut von einem Zurückstellen eigener Bedürfnisse zu Gunsten ihres Bruders bzw. ihrer Eltern. Eine Alternative scheint für sie erstmal nicht zu existieren, denn sie könne ihren Bruder ja nicht alleine lassen.

Hilfe an dieser Stelle bekommt sie offensichtlich durch ihre Freundin, die den Bruder gut und lange kennt und gut mit ihm zurechtkommt. Dies führt sie als Entlastung an.

*„(...), also meine Freundin, wenn die zum Beispiel bei mir ist, dann merkt die das halt auch und dann hilft die mir.“ (Lara, 111)*

Die Unterstützung seitens ihrer Freundin erscheint für Lara offensichtlich eine starke Ressource darzustellen. Wie bereits in Kapitel 3.3.3 angeführt, ist die soziale Unterstützung von Geschwisterkindern, in dem konkreten Fall durch die Freundin, als ein Schutzfaktor für die Entwicklung zu sehen. Dies könnte auch in dem Fall zutreffend erscheinen und sich als begünstigend auswirken.

Die unten angeführten Aussagen formulieren Wünsche, die Lara für ihre Familie angibt.

*„Ich glaube, ich fände es toll, wenn vor allem Linus, also das ist für mich das meiste, was mich wirklich richtig stört, beim Essen ruhiger wäre. Ich weiß nicht, es ist so, beim Abendessen, wenn einfach mal alle zusammen sind, kann sich über den ganzen Tag austauschen sozusagen und wenn dann die ganze Zeit einer rumhampelt und die ganze Zeit aufisst alles und dann direkt wieder zum Fernsehen geht, ist das halt anstrengend und man kann sich überhaupt nicht so, sozusagen wie eine Familie fühlen, sage ich jetzt mal. Weil man die ganze Zeit, ja mit Linus sozusagen sich da so beschäftigt, weil er halt eklig ist.“ (Lara, 125)*

*„Also ich glaube, ich wäre beim Abendessen wäre ich viel entspannter und man könnte mit der ganzen Familie über alles reden und man könnte zum Beispiel über alles austauschen, was den ganzen Tag lang passiert ist und so. Das wäre, glaube ich, ganz gut für die ganze Familie.“ (Lara, 127)*

Die angeführten Wünsche der Schwester beziehen sich auf das Verlangen nach einem harmonischen, von Austausch geprägten, Familienleben. Sie scheint offensichtlich das Bedürfnis zu verspüren sich mitzuteilen, insbesondere, wenn alle am Tisch versammelt sind. Dies wird jedoch scheinbar durch die Unruhe des Bruders gestört und ihr somit verwehrt. Fraglich ist, inwieweit es ihr tagsüber möglich ist, von Erlebnissen zu berichten oder Wünsche und Sorgen mitzuteilen. Achilles (2013, 46) beschreibt, dass Geschwister behinderter Kinder einen Mangel an Zuwendung, Anerkennung und Hilfe seitens der Eltern erfahren. Weiterhin könne, so die Autorin, eine geforderte Rücksichtnahme sowie eine unterdrückte Aggression seitens der Geschwister hinzukommen, wodurch die Mitteilung von Bedürfnissen des Kindes an die Eltern noch weiter beschränkt ist. Somit bestehe das Risiko, dass der Kontakt zwischen Geschwisterkind und Eltern unzureichend intensiv ist. Laras Aussagen zur Folge, lassen diesbezüglich möglicherweise bereits einen Mangel erkennen. Der gewünschte Austausch mit ihren Eltern erscheint aufgrund des Verhaltens des Bruders nicht in dem Maße möglich, wie von ihr gewünscht.

Zusammenfassend wird deutlich, dass Lara in Bezug auf ihren Bruder ein stark ausgeprägtes Verständnis aufweist. Auch wenn sie teils anführt, von seinem Verhalten genervt zu sein oder eine Benachteiligung seitens der Eltern zu erfahren, reagiert sie tolerant und einfühlsam. Sie übernimmt offenbar an vielen Stellen die Rolle der

verantwortungsbewussten Unterstützerin, die möglicherweise in Bezug auf die Eltern erwartet wird. Hilfreich und protektiv erwies sich ggf. an dieser Stelle der starke Einbezug der Schwester in Entscheidungsprozesse den Bruder betreffend. Weiterhin erscheinen ihre hohe Verständnisbereitschaft sowie die Zurückhaltung eigener Emotionen, sich zunächst begünstigend auf die Geschwisterbeziehung auszuwirken. Denn es werden ihrerseits an keiner Stelle aversive Äußerungen in Bezug auf den Bruder getätigt. Weiterhin scheinen Erfolg in der Schule sowie gute freundschaftliche Beziehungen sich positiv auf die Bewältigung auszuwirken und stellen eine Ressource im Umgang dar. Als fraglich sind jedoch mögliche vorhandene Probleme im internalisierenden Bereich zu sehen. Aufgrund ihrer insgesamt hohen Anpasstheit, mutmaßlich ebenfalls im Rahmen der Interviewsituation, lassen sich diesbezüglich erschwert Rückschlüsse ziehen.

## **7.2 Larissa: Die Angepasste / still Leidende**

Larissa ist 9 Jahre alt und hat einen 12-jährigen Bruder mit ADHS sowie eine Zwillingsschwester, die ebenfalls interviewt wurde. Alle drei Kinder leben seit längerer Zeit bei ihren Großeltern, da sich die leiblichen Eltern nicht mehr in der Lage sahen, für ihre Kinder zu sorgen. Es besteht ein unregelmäßiger Besuchskontakt. Der Beruf und das Alter der Eltern bleiben unbekannt. Die Großeltern sind nicht mehr berufstätig. Die beiden Schwestern gehen in die 3. Klasse einer Grundschule und der Bruder besucht die 6. Klasse einer Gesamtschule.

Das Mädchen zeigt sich von Beginn des Interviews an zugewandt und lächelt viel. Ihre Ausdrucksweise ist als eher vorsichtig und ruhig zu beschreiben. Sie vermittelt den Eindruck, die Situation, in der ihr volle Aufmerksamkeit geschenkt und sie nach ihrer Meinung gefragt wird, zu genießen. Dies zeigt sich insbesondere dadurch, dass die Befragte nach Beendigung des Interviews nicht gehen möchte, sondern einen ausgeprägten Mitteilungsdrang signalisiert. Daraus lässt sich schließen, dass die Problematik des Generationen- bzw. Autoritätsverhältnisses, was mit einer Hemmung des Kindes einhergehen kann (Vogl, 2012, 20), bei dieser befragten Schwester nicht vorliegt. Sie scheint sich offenbar von Beginn an wohl gefühlt zu haben und erlebte die Atmosphäre und die Interviewerin offenbar als angenehm und nicht bedrohlich.

Das Mädchen schildert ihren Bruder im Interview überwiegend als böse und gemein, insbesondere ihren Großeltern gegenüber.

*„Ich finde blöd, weil der immer zu der Oma oder zum Opa böse Wörter sagt (...). Arschloch, Ficker und so weiter (...)" (Larissa, 33/35)*

*„Der tritt gegen die Tür und schmeißt die zu. Und ja, und sagt böse Wörter ..." (Larissa, 55)*

Bereits die ersten Aussagen bezüglich der Beschreibung des Bruders machen deutlich, wie sie diesen womöglich in erster Linie erlebt. Die Schwester führt mit wenigen Worten ein sehr aggressives Verhalten an. Diese Beschreibung deckt sich mit beispielsweise der von Döpfner et al. (2013, 7 f.) beschriebenen Symptomatik einer komorbiden oppositionellen Störung des Sozialverhaltens. Aufgrund der Darstellung, ist davon auszugehen, dass das hyperkinetische Verhalten des Bruders sowie die komorbide Störung einen erhöhten Ausprägungsgrad aufweisen. Dies könnte, laut der Studie von Schilling et al. (2006, 298), im Zusammenhang mit verstärkten Problemen der gesunden Geschwister, insbesondere im internalisierenden Bereich, stehen und möglicherweise auf die Befragte zutreffen. Folgende Reaktionen der Schwester auf das Verhalten des Bruders scheinen die eben genannte Aussage zu untermauern.

*„Ich bin einfach nur sauer. Ich kann ja nichts mehr sagen. Dann sagt er auch böse Wörter zu mir." (Larissa, 41)*

*„Ich gehe in mein Zimmer und rede dann mit der Ann-Kathrin darüber." (Larissa, 43)*

Die Befragte gibt an, in solchen Situationen verärgert zu sein, jedoch dem Bruder nichts zu erwidern. Sie werde ihm gegenüber offensichtlich nicht wütend bzw. wehrt sich, aufgrund möglicher Angst vor weiteren Beschimpfungen. Stattdessen ziehe sie sich in ihr Zimmer zurück und rede mit ihrer Zwillingschwester über die Geschehnisse. Der genannte Rückzug lässt eine eher passive Reaktion erkennen. Ihre Schwester stellt offenkundig eine große Ressource für sie dar, bei der sie ihren Ärger und ihre Enttäuschung zum Ausdruck bringen kann und bildet somit offensichtlich einen wichtigen Schutzfaktor. Diese protektive Funktion wird laut Frick (2009, 118 f.) im Allgemeinen eher dem außerfamiliären Umfeld zugesprochen, wie Freunde etc. Inwieweit jedoch auch ein Geschwisterkind ein begünstigender Faktor sein kann, sei, so der Autor, im Rahmen der Resilienzforschung noch nicht ausreichend berücksichtigt worden.

In Bezug auf konkrete Streitsituationen fiel es der Befragten schwer, sich zu äußern. Den Schilderungen zur Folge scheinen wenig direkte Konflikte aufzukommen, da die Schwester sich offensichtlich der Situation entzieht, bevor diese in einer Auseinandersetzung mündet, vor der sie möglicherweise starke Ängste hat und befürchtet, sich nicht ausreichend wehren zu können.

*„Ich glaube das war mit dem Carsten. Das ist der Freund von Lars. Der Lars hatte da Geburtstag und dann wollten wir mitspielen und dann hat der Lars auch böse Wörter gesagt.“ (Larissa, 67)*

*„Und der Carsten hat das auch gemacht. Und dann war ich sauer und dann, ich fand das echt gemein, weil immer, wenn wir einen Kindergeburtstag haben, da ist der Lars immer, also lieb. Und die anderen mögen gerne nur den Lars und wir stehen da immer so doof rum, weil alle beim Lars sind. Ich finde das doof.“ (Larissa, 69)*

Hier wird deutlich, dass der Bruder anscheinend durchaus in der Lage ist, in bestimmten Situationen sein Verhalten zu kontrollieren und Freunden gegenüber freundlich zu sein bzw. dieses beeinflussen kann, um möglicherweise seiner Schwester zu schaden. Die daraufhin scheinbar verärgert und verletzt ist. Als eigene Reaktion in diesen Streitsituationen beschreibt sie erneut, sich zurückzuziehen.

*„Dann bin ich in mein Zimmer gegangen und war sauer.“ (Larissa, 71)*

*„Ich habe mich einfach nur aufs Bett gesetzt. (...) Und habe dann über den Lars nachgedacht.“ (Larissa, 73/75)*

Dieser beschriebene Rückzug ins eigene Zimmer zeugt, wie bereits in Kapitel 6.1.5 angeführt, von einem Nichtzulassen negativer Gefühle dem Bruder gegenüber. Dies kann sich, wie schon angeführt, negativ auf die gesunde Entwicklung der Geschwister auswirken.

Auf die Frage hin, wie der Konflikt im Nachhinein gelöst werde, gibt die Schwester an, dass sowohl sie selbst als auch die Oma ihm jedes Mal erneut eine „Chance“ geben. Der Wunsch bzw. die Hoffnung, dass das Verhalten des Bruders sich bessert, scheint stark ausgeprägt. Auch falle es schwer, „nein“ zu sagen, wenn Lars sich im Anschluss „süß“ verhalte. Hier wird ebenfalls eine starke emotionale Ambivalenz in Bezug auf den Bruder erkennbar (vgl. Kapitel 6.1.5).

*„Dass die Oma dem Lars noch eine Chance gibt und dann ist der wieder lieb. Also nicht immer, aber ganz oft.“ (Larissa, 83)*

*„Ja. Der guckt immer so süß, manchmal. Und der hat gesagt, darf ich bitte das? Dann guckt er so süß und dann kann ich nicht nein sagen.“ (Larissa, 85)*

Die bedrückte Stimmlage der befragten Schwester während dieser Sequenz im Interview lässt jedoch mutmaßen, dass ihre Enttäuschung ggf. trotzdem sehr tief sitzt und ihr eigentlich bewusst ist, dass es bald wieder zu einer Konfliktsituation kommen könnte.

Zudem schildert die Befragte, sie verlasse ebenfalls die Situation, wenn der Bruder die Großeltern beschimpfe. Sie finde es „gemein“ und erträgt dies offenbar nicht.

*„Meistens gehe ich dann irgendwo weg, wo ich das nicht höre, weil ich finde das dann gemein und dann- ich finde das gemein für Oma und Opa.“ (Larissa, 57)*

Weiterhin betont sie im Verlauf des Interviews, dass es ihm unter dem Einfluss von Medikamenten gelinge, nett zu sein. Lasse er diese weg, funktioniere es nicht, was den offenbar hohen Einfluss einer medikamentösen Therapie auf die Beziehungsgestaltung erkennen lässt (vgl. z. B. Kap. 4.8.4 & 6.1.6).

*„Ja, aber nur wenn der - der kriegt ja auch Tabletten, damit er sich benimmt. Ja, und ich (...). Der saß dann morgens früh, also bei Lars Geburtstag hat die Oma gesagt, jetzt klappt es aber ohne, weil der Lars heute Geburtstag hat und hat nicht geklappt.“ (Larissa, 87)*

Die Befragte trifft keine direkten Aussagen bezüglich der Beziehung zu den Großeltern. In zahlreichen Schilderungen wird jedoch deutlich, dass es ihr große Sorgen zu bereiten scheint, wenn diese durch ihren Bruder verärgert werden. Es schwingt möglicherweise eine gewisse Angst mit, neben den Eltern, auch noch die Großeltern entbehren zu müssen. Daher mag das zurückhaltende und „still leidende“ Verhalten eine wichtige Funktion für sie darstellen, um ihre Bezugspersonen nicht (erneut) zu verlieren.

Des Weiteren implizieren manche Äußerungen eine vorherrschende Dankbarkeit ihren Großeltern gegenüber. Sie ist sich möglicherweise darüber im Klaren, dass diese sie nicht hätten aufnehmen müssen. Dies wiederum zeugt höchstwahrscheinlich von einem insgesamt unsicheren Bindungsverhalten. Mit ihrer Antwort *„Ja, obwohl die haben uns ja aufgenommen.“ (Larissa, 37)*, suggeriert sie, dass die Geschwister ihren Großeltern

doch eigentlich dankbar sein müssen, da sie bei ihnen leben dürfen. Dies könnte eine sehr hohe Belastung für ein Kind darstellen sowie Unsicherheiten hervorrufen. Beides mündet womöglich in einer Überangepasstheit des Kindes aus Angst vor Verlust.

Ergänzend hierzu wird erwähnt, dass sie sich große Sorgen mache, wenn der Opa im Krankenhaus liege. Dieser könne ja auch sterben.

*„Ja. Ich mache mir um alle Sorgen. Meine Familie, wenn die im Krankenhaus sind. Ich mag das nicht, weil man kann ja auch sterben. Und ich hasse das. Der Opa musste ja auch ganz lange im Krankenhaus. Das war glaube ich zwei Wochen oder so.“ (Larissa, 115)*

Hier kommt erneut eine sicherlich vorhandene Verlustangst zutage. Auf die Frage hin, wie sie es finde, wenn ihr Bruder böse Wörter sagt, schildert sie *„Doof. Der Opa musste ja schon mal ins Krankenhaus. Ist umgefallen.“ (Larissa, 39)*

Anhand dieses Statements wird die Sorge offenkundig, den Großeltern könne auf Grund des negativen Verhaltens des Bruders möglicherweise etwas zustoßen.

Bestärkt wird diese durch die Antwort auf die Frage hin, was sie sich für ihre Familie wünsche.

*„Dass alle leben. Also nicht tot wären. (...) Und mehr nicht.“ (Larissa, 204)*

Ihre leiblichen Eltern finden im gesamten Interview keine Erwähnung. Dies könnte daraus resultieren, dass diese einerseits keine wirkliche Rolle mehr im Leben des Kindes spielen. Andererseits wäre es möglich, dass eher eine Verdrängung stattfindet. Dies sind jedoch lediglich Hypothesen, die sich anhand des Interviews nicht eindeutig belegen lassen.

Im Allgemeinen gehe die Befragte gerne zur Schule. Sie besucht mit ihrer Zwillingsschwester dieselbe Klasse, was sie positiv bewertet. Sie gibt an, leistungsschwächer als ihre Schwester zu sein. Beinahe hätte sie eine Klasse wiederholen müssen, was bedeutet hätte, sie und ihre Schwester wären getrennt worden. Laut Aussage der Befragten intervenierte dagegen die Oma und sie wurde versetzt.

*„(...) ich bin fast zurückgesetzt worden. Aber Oma hat gesagt, dann gehen wir lieber in eine andere Schule. Aber ich bin jetzt da geblieben.“ (Larissa, 177)*

Eine Trennung der Zwillinge hätte scheinbar auch aus Sicht der Großeltern Auswirkungen auf die Kinder, da ihnen möglicherweise die stark benötigte Sicherheit verloren ginge.

Die Beziehung zu ihrer Zwillingschwester wird von der Befragten als sehr innig geschildert. Sie gibt an, froh zu sein, so eine Schwester zu haben und mit ihr viel zu unternehmen.

*„(...) weil die Ann-Kathrin ist so lieb(...), wenn ich krank bin, dann kommt die und gibt mir alles.“ (Larissa, 151/153)*

*„Ja. Gut, dass ich so eine Schwester habe.“ (Larissa, 159)*

*„Mit der Ann-Kathrin mache ich ganz viel.“ (Larissa, 198)*

Die interviewte Person nennt ihre Schwester als Ansprechpartnerin bei Problemen sowie als Hilfe, wenn sie einmal krank ist.

In Bezug auf Freundschaften beschreibt die Befragte, dass sie in ihrer Klasse zwei Freundinnen habe.

*„Ich habe die Sabrina und die Greta. Eigentlich mag ich alle, aber ich habe keine festen. Ich spiele aber fast immer alleine in der Pause oder mit Sabrina und Greta.“ (Larissa, 212)*

Interessant hierbei ist die Aussage, dass sie in der Schule nicht gerne mit ihrer Zwillingschwester spiele. Eine Erklärung hierfür findet sie jedoch nicht.

*„Da spiele ich nicht so gerne mit der Ann-Kathrin.“ (Larissa, 214)*

Allem Anschein nach empfindet sie ihre Schwester im häuslichen Umfeld als ihre Hauptbezugsperson, die für sie da ist, wenn sie ihre Großeltern gerade nicht belasten möchte oder als Rückzug und Schutz, wenn Feindseligkeiten seitens des Bruders aufkommen. Möglicherweise benötigt die Befragte die Zuhause beinahe „lebenswichtige“ Zwillingschwester im schulischen Bereich weniger. Dies könnte daher rühren, dass der oft als Bedrohung erlebte Bruder nicht anwesend ist, was jedoch rein spekulativ ist und im Rahmen des Interviews an keiner Stelle belegt wird.

Des Weiteren merkt die Befragte an, dass ihr in den Pausen oft langweilig sei. Es werden häufiger Spiele gespielt, die sie nicht möge bzw. es wird ihr seitens der Freundinnen eine Rolle im Spiel auferlegt, die ihr nicht recht sei.



*„Weil ich muss ganz oft, immer der kommt und mitspielen möchte muss dann. Und ich hasse Tierfangen, weil dann muss ich die ganze Zeit.“ (Larissa, 236)*

Statt zu äußern, dass sie etwas anderes machen möchte, wählt sie die Variante des Rückzugs und bleibt allein.

*„Ja. (...) Also ich gehe vom großen Schulhof wieder bis zum Kleinen und dann wieder so, weil mir langweilig ist.“ (Larissa, 228)*

Ähnlich wie im häuslichen Umfeld scheint sie den Konflikt auch dort zu scheuen. Der Unterschied besteht jedoch ggf. darin, dass sie für sich bleibt und nicht ihre Zwillingschwester aufsucht, die ihr sonst Hilfe und Zuflucht gewährt. Möglicherweise liegt eine Erklärung darin, dass die Bedrohung, die sie Zuhause erfährt, ihr deutlich mehr Sorgen bereitet. In der Schule hingegen kann sie, eine ihrer Ansicht nach unglückliche Situation vielleicht besser alleine verarbeiten.

Zusammenfassend zeigt das geführte Interview ein Mädchen in der Rolle einer sehr angepassten, konzilianten Schwester mit ausgeprägten altruistischen Tendenzen. Der Bruder mit ADHS hingegen nimmt den Schilderungen zur Folge eher die Komplementärrolle des „bösen Kindes“ bzw. des „egoistischen Rebellen“ ein (vgl. Kapitel 2.4.8). Dies könnte jedoch zukünftig zu einer Begrenzung potentieller Möglichkeiten der Schwester führen, da beispielsweise ein gesundes Durchsetzungsvermögen womöglich nicht ausreichend vorhanden ist (beschrieben beispielsweise von Frick, 2009, 98 f.). Im Rahmen dieses Familiensystems erscheint es für Larissa jedoch notwendig und möglicherweise seitens der Großeltern subtil erwünscht, ihre eigenen Bedürfnisse und Emotionen zurückzustellen und Rücksicht zu nehmen. Dies resultiert ggf. aus einer erhöht eingeforderten Aufmerksamkeit und Zuwendung der Großeltern durch das ADHS-Kind (vgl. Kapitel 3.3.1). Verstärkt wird dies offenbar aufgrund der Angst vor dem Verlust der Bezugspersonen. Diese ist mutmaßlich stärker ausgeprägt, da bereits die Eltern nicht mehr am Leben der Kinder teilnehmen.

Als Ressource im Rahmen der Bewältigung scheint die Zwillingschwester zu fungieren. Sie wird als primäre Bezugsperson beschrieben. Ihr vertraut sie sich bei Problemen an bzw. diese kümmert sich beispielsweise im Krankheitsfall. Fraglich ist jedoch, in

welchem Ausmaß und wie lange Kinder im Allgemeinen solchen Belastungen standhalten können. Im Fall der Zwillingschwester der Befragten, könnte von einer Parentifizierung gesprochen werden, die sich sehr häufig ungünstig auf die Entwicklung von Kindern auswirkt (vgl. Kapitel 2.4.5). Larissa selbst scheint sicherlich zu leiden, kompensiert dies jedoch möglicherweise mit einer verstärkten, für sie notwendigen Anpasstheit. Die Tatsache, dass sie sich nach dem Interview nicht lösen wollte und einen erhöhten Drang nach Aufmerksamkeit und Mitteilung aufzeigt, untermauert das Vorhandensein eines offensichtlichen Mangels diesbezüglich.

### **7.3 Stefan: Der Gelassene / positiv Gestimmte**

Stefan ist 16 Jahre alt und hat einen 10-jährigen Bruder mit ADHS. Des Weiteren hat er noch einen 8-jährigen Bruder ohne ADHS-Diagnose, der ebenfalls interviewt wurde. Er besucht die 9. Klasse einer Hauptschule und lebt mit seiner Mutter, seinem Stiefvater und seinen zwei Halbbrüdern in einem Haushalt. Er ist der einzige von den drei Geschwistern, der einen anderen leiblichen Vater besitzt. Den Stiefvater und leiblichen Vater seiner Brüder bezeichnet er als seinen „Vater“ und alle Kinder haben gleichermaßen regelmäßigen Kontakt zu ihm. Der mit im Haushalt lebende Stiefvater ist der neue Mann der Mutter und steht in keinem leiblichen Verhältnis zu den Kindern.

Die Mutter arbeitet als Angestellte, der Stiefvater und leibliche Vater der Brüder ist in einer Beschäftigung und der neue Mann der Mutter ebenfalls.

Stefan wirkt bereits zu Beginn des Interviews offen und bester Laune. Er ist kommunikativ und gerne bereit, die Fragen zu beantworten.

Die Beziehung zu seinem Bruder mit ADHS schildert er im Allgemeinen sehr positiv bzw. betont direkt, dass auch Streitigkeiten normal seien und kleine Brüder nun „einmal auch nerven“ können. Dies lässt jedoch allgemein auf keine negativen Konsequenzen in Bezug auf die Beziehung zu seinem Bruder schließen.

*„Er ist sehr chaotisch. Und ja, teilweise faul. Aber man kann viel mit ihm machen. Er ist lebensfroh, sage ich mal. Ja. Halt wie ein Bruder. Es gibt ab und zu mal Streits wegen irgendwas. Ja, und klar kann er auch mal nerven. Ja, eigentlich ganz normaler kleiner Bruder.“ (Stefan, 3)*  
*„Ja, also ich sage jetzt mal, wenn er in seinem Zimmer ist, dann räumt er, sage ich mal, Playmobil aus, statt es dann wegzuräumen, wenn er darauf keine Lust hat, räumt er direkt das*

*nächste raus. Ja, und legt seine Sachen einfach dahin, wo er lustig ist. Er legt es mal in die Küche, dann dahin. Ist dann halt immer so eine hin und her Räumerei von meiner Mutter und allen. Aber sonst.“ (Stefan, 11)*

Der Befragte scheint von Beginn an verdeutlichen zu wollen, dass sie eine ganz „normale“ Geschwisterbeziehung haben mit positiven und negativen Momenten. „Chaotisch“ ist eine typische Beschreibungen eines ADHS Kindes (z. B. Döpfner et al., 2013, 1 f.), die scheinbar auch auf den Bruder des Befragten zutreffen. Interessant ist lediglich der Umgang eines Jeden damit.

*„Ja, ich sage ihm dann halt, du musst deine Sachen selber wegräumen, wenn du die mit runterbringst. Ja, und dann ist das eigentlich geklärt. Ich nehme ihm das nicht so übel, aber es nervt halt schon auch ein bisschen.“ (Stefan, 15)*

Der letzte Satz zeugt von viel Verständnis für das Handeln seines Bruders. Er scheint auf den ersten Blick einen guten Umgang damit gefunden zu haben.

Stefan schildert, dass er viele Dinge gemeinsam mit seinem Bruder unternimmt. Dies ist auf Grund des hohen Altersunterschieds nicht unbedingt selbstverständlich, da in der Regel eher geringe gemeinsame Interessen bestehen (s. Kapitel 2.3.2). Jedoch scheinen beide das Bedürfnis zu verspüren, miteinander Zeit zu verbringen.

*„Fußball, oft raus Fahrradfahren. Alles Mögliche. (...) Meistens kommt er zu mir. Weil ich habe meistens immer lange Schule, aber manchmal, wenn kein Freund von mir Zeit hat oder so, dann frage ich ihn und dann gucken wir schon was wir machen. Trampolin, alles Mögliche.“ (Stefan, 5/7)*

In Bezug auf Streit bzw. Konfliktsituationen wird deutlich, dass das Kind mit ADHS sein Verhalten aus Sicht des Bruders offenbar gerne mit der Diagnose entschuldigt.

*„Ja, er sagt dann immer ja, mache ich. Dann macht er es aber immer noch nicht. Und sagt dann immer ja, wenn das mal zum größeren Streit wird, dann sagt er immer ja, ich habe aber ADHS. Dann sage ich ja, das hat aber nichts mit deiner Krankheit zu tun. Das ist eine Lernkrankheit, aber er schiebt das halt meistens immer alles auf seine Krankheit.“ (Stefan, 17)*

Der Bruder gibt ihm hierzu offensichtlich Kontra und ist nicht der Meinung, alles damit begründen zu können. Vielmehr vertritt er die Annahme, ADHS sei eine Lernkrankheit,

was suggeriert, dass seiner Ansicht nach das Verhalten erst einmal nichts damit zu tun habe.

Entsteht eine Streitsituation scheint es erst einmal etwas lauter zuzugehen, auch seitens des Befragten, der sich insbesondere bei den Hausaufgaben genervt fühlt. Er beschreibt, seinen Bruder dann auch mal aus seinem Zimmer hinauszubefördern, wenn dieser nicht nachgibt. Die Situation ist laut Aussage des Befragten jedoch schnell geklärt, und im Anschluss wird etwas unternommen.

*„Ja, ich werde dann meist immer lauter und sage ihm immer ja, ich muss jetzt erstmal meine Hausaufgaben machen, dann kannst du mal zu mir kommen und dann sagt er, nein, ich will das jetzt geklärt haben und es ist immer so eine hin und her Sache. Irgendwann schicke ich ihn dann einfach raus und dann ist das geklärt.“ (Stefan, 31)*

*„Nachdem einen oder anderen Mal. Manchmal muss ich ihn auch dann sozusagen so schieben, so rausdrücken, weil er immer so ganz stur ist. Aber sonst ist das ganz normal (...) Ja, nach den Hausaufgaben gehe ich dann hoch und sage, ja, jetzt kannst du zu mir kommen, was wolltest du? Dann fragt er immer und dann machen wir das so. Meistens.“ (Stefan, 33/35)*

In Bezug auf gegenseitige Unterstützung beschreibt der Befragte, er helfe seinem Bruder bei den Hausaufgaben. Jedoch ebenso in umgekehrter Form findet Unterstützung statt und erscheint gewünscht.

*„Ich helfe ihm regelmäßig bei den Hausaufgaben, wenn er von der Schule kommt, helfe ich ihm mal ab und zu wenn er was nicht versteht und ja, er hilft mir dann, wenn ich sozusagen, ja, was für das Wochenende für mich kaufe, sage ich mal. Dann kommt er meistens mit und ja, guckt dann. Und dann machen wir das schon so zusammen.“ (Stefan, 41)*

Auf die Frage hin, ob ihre Beziehung einmal anders war, gibt er zur Antwort, dass es früher häufiger zu Streitigkeiten gekommen ist.

*„Ja, früher war das halt / also er war schon immer so ein Sturkopf. Das war er früher, sage ich mal viel mehr. Und ja, früher war das dann halt noch immer so mit den Streits etwas heftiger. Er war halt kleiner. Ja, war halt so normal, wenn man einen kleinen Bruder hat, hat man halt öfters mit dem Streit. Aber es ist immer besser.“ (Stefan, 47)*

Die häufigeren Streitigkeiten werden auch in dieser Aussage vom Befragten wieder bagatellisiert, indem er schnell hinzufügt, dass dies bei kleineren Brüdern ja auch normal sei.

Wie bereits im vorherigen Punkt angeführt, nennt der Befragte vermehrte Streitigkeiten in der Vergangenheit. Auf die Frage hin, ob er eine Idee habe, woran das liegen könnte, trifft er folgende Aussage:

*„Ich schätze mal, also früher war das dann / da war das ja noch nicht so ganz offenbar, dass er diese Krankheit hat so. Hatte er früher noch keine Tabletten dagegen. Ja, und er kriegt halt jedes Jahr neue, also immer stärkere. Und dann wird er auch immer ruhiger.“ (Stefan, 49)*

Aus dieser Antwort geht deutlich hervor, dass die in der Vergangenheit häufig aufgetretenen Auseinandersetzungen in Zusammenhang mit dem bis dato noch nicht diagnostizierten und behandelten ADHS stehen. Die Tabletteneinnahme des Bruders macht der Befragte somit verantwortlich für den Rückgang der Streitigkeiten, da die Medikamente ihn ruhiger werden lassen (vgl. z. B. Kapitel 4.7.2).

Ohne Medikamente beschreibt er das Verhalten seines Bruders folgendermaßen:

*„Wahrscheinlich eher so ein bisschen Katastrophe, weil er schaukelt sich dann auch immer da weiter hoch. Also wenn er aufgedreht ist, dann dreht er sich auch richtig hoch und ja.“ (Stefan, 53)*

Auf die Frage, wie sich das Weglassen der Medikation des Bruders auf den Befragten auswirken würde, gibt er an, dies wäre „stressig“.

*„Stressig, weil meistens gibt es auch Momente, da hört er nicht auf meine Mutter. Auf mich hört er meistens sowieso nicht und dann ist das immer so auf die Nase tanzen/ macht er dann.“ (Stefan, 55)*

Anhand der getroffenen Aussagen des Bruders wird deutlich, dass es durchaus Momente gibt, in denen er sich durch seinen Bruder genervt fühlt und auch seine Mutter mit einbezieht, für die das Verhalten des ADHS-Kindes in dieser Situation ebenfalls nicht einfach erscheint. Er bezieht dieses Verhalten jedoch ausschließlich auf ein Handeln des Bruders ohne den Einfluss von Medikamenten. Dies lässt schließen, dass er die Einnahme der Tabletten als positiv für ihn und auch für seine Mutter bewertet. Sie scheinen seiner Ansicht nach Hauptursache für eine verbesserte Geschwisterbeziehung zu sein (vgl. dazu beispielsweise Haubl & Liebsch, 2010, 205).

Die Familienverhältnisse scheinen etwas kompliziert. Der Befragte schildert sie wie folgt:

*„Also meine Mutter hat halt einen Mann, also mein Stiefvater. Also das ist bei mir in der Familie ganz komisch. Ich kenne meinen Vater, habe ich einmal erst gesehen. Dann habe ich einen Stiefvater. Den erkenne ich aber als meinen Vater an, weil er seit ich geboren bin, sich um mich gekümmert hat. Also ich erkenne ihn dann so als richtigen Vater an und da gehen wir auch jedes zweite Wochenende hin. Der wohnt in Köln und da bringt die Mama uns hin, sind das Wochenende da. Und ja.“ (Stefan, 57)*

Dies scheint jedoch eine Situation zu sein, mit der er gut zurechtkommt. Den leiblichen Vater seiner Brüder sehe er auch als seinen Vater an und es gebe gemeinsame Besuchskontakte mit den Brüdern.

In Bezug auf die Beziehung zu seiner Mutter und dem neuen, im Haushalt lebenden Stiefvater, gibt er an, in ihnen immer einen „Ansprechpartner“ zu sehen.

*„Ja. Wenn ich Fragen habe oder so, kann ich immer zu den beiden gehen. Also ich habe immer Ansprechpartner...“ (Stefan, 67)*

Insgesamt gab er an „Ganz gut.“ (Stefan, 65) mit ihnen zurechtzukommen.

Diese Aussagen sprechen, trotz der Patchwork Situation, für ein gutes familiäres Verhältnis.

Nach Schilderungen des Befragten legt die Familie, trotz geringer zeitlicher Ressourcen, Wert auf gemeinsame Ausflüge.

*„Wochenende ist das immer so eine Sache, weil meine Brüder im Moment Kommuniionsunterricht haben, sonntags. Also ist sonntags schon mal meist gestrichen, weil die dann immer bei dem Unterricht sind. Ja, und Samstag machen wir mal dies, gehen zum Tierpark oder gehen halt einfach mal in die Stadt, machen was zusammen. Denken uns dann immer was Neues aus.“ (Stefan, 70)*

Bemerkenswert in dem Zusammenhang ist, dass auch der Befragte, trotz seiner bereits 16 Jahre, mit den Eltern und den Geschwistern an Samstagen gemeinsame Zeit verbringt, was wiederum für eine positive familiäre Beziehung sprechen und sich begünstigend auf die Beziehungen innerhalb der Familie auswirken könnte (vgl. Kapitel 6.2.2).

Insgesamt betont der Befragte, dass es wenig Streit mit den Eltern gebe. Lediglich manchmal mit der Mutter. Er bezeichnet sich selber als „faul“. Diese Eigenschaft rege die Mutter auf, und dann komme es zu geringfügigen Streitereien, die sich jedoch schnell wieder verflüchtigen würden. Reagiert werde hierbei mit einem kurzen Rückzug ins Zimmer sowie einer eventuellen Entschuldigung seinerseits, wenn es etwas heftiger war. Es sei allerdings im Anschluss immer sehr schnell wieder geklärt.

*„Ja, mit meiner Mutter, weil ich bin auch teilweise so ein fauler Sack, muss ich sagen. Also wenn ich dann, sage ich mal, Toast mache oder sowas, dann lasse ich einfach die Butter da rumstehen und dann kriege ich halt immer Ärger von meiner Mutter, weil die sagt ja, du sollst die Sachen dann auch wieder wegräumen, wenn du sie raus räumst. Ja, man muss mir auch immer so einen Schub geben oder manchmal gibt es auch Stress mit meiner Mutter, wenn ich halt einen Test verhaue habe oder so. Aber es sind dann halt immer so Kleinigkeiten teilweise. Dann sage ich immer ja, nächstes Mal besser und es wird dann auch meist besser. Und ja. Aber so eigentlich nicht viel Streit.“ (Stefan, 74)*

Auf die Frage hin, inwieweit Streitigkeiten zwischen dem Bruder mit ADHS und den Eltern aufkommen, schildert der Befragte ein durchaus häufigeres Vorkommen bestimmter Konfliktsituationen.

*„Ja, das ist bei ihm immer so eine Sache. Morgens fängt das meist schon an. Er lässt sich halt tierisch viel Zeit. Also wir stehen, ja, meistens halb sieben die beiden auf. Dann soll er sich fertig machen eigentlich, aber er bleibt dann meistens so zehn Minuten im Bett liegen. Meine Mutter muss dann ihn immer, auf Deutsch gesagt, in den Arsch treten, damit er sich mal bewegt. Ja, er lässt sich dann immer tierisch viel Zeit. Dann haben wir meist schon fünf oder zehn vor sieben, dann muss er frühstücken. Zähne putzen und Viertel nach sieben kommt sein Bus, weil er ist auf einer Sonderschule. Da hat er so Privatbus. Ja, und wenn er den halt verpasst, muss meine Mutter ihn bringen und weil meine Mutter ja auch arbeitstätig ist, ist es dann immer so kompliziert. Ja, und dann ist halt morgens immer Zeitdruck und kriegt sich dann mit meiner Mutter in die Haare. Und Nachmittag ist das dann meistens so, er kommt von der Schule und meine Mutter verlangt ja gar nicht, dass wir direkt nach Hause gehen sollen und direkt Hausaufgaben, aber er macht sie meistens trotzdem. Aber wenn er aber total keinen Bock hat, sitzt er da wirklich vier Stunden an seinen zwei Hausaufgaben, guckt durch die Gegend, hat irgendwelches Spielzeug, spielt damit und das ist dann immer so eine Stresssache mit meiner Mutter. Kann es auch mal lauter werden. Aber das ist dann auch meistens wieder gegessen.“ (Stefan, 80)*

Die Beschreibung des Befragten schildert ein ziemlich gängiges Beispiel, wie sich ein Kind mit ADHS oftmals verhält (vgl. Kapitel 4.2). Dieses Verhalten scheint die Familie insgesamt zu beeinflussen.

*„Ich finde es nervig, weil ich bin immer lieber so: Ich stehe in Ruhe auf, mache mich fertig, frühstücke und ja, und dann sind dann halt immer dieser Stress. Gucke dann ab und zu auf die Uhr. Muss auch fast los dann. Dann noch dieser Streit ab und zu. Das ist dann immer nicht so. Morgens habe ich es eher ruhiger (...) Ich halte mich da eigentlich raus, frühstücke in Ruhe zu Ende und packe dann meine Schulsachen, mache mich weiter fertig und dann gehe ich auch.“*  
(Stefan, 82/84)

Hier wird erneut deutlich, dass die allgemeine Strategie des Bruders eher der Rückzug zu sein scheint. Ihn nerve die Situation zwar, aber er entziehe sich dieser lieber und verlasse, ohne sich einzumischen, das Haus. Weiterhin betont er erneut, dass die Streitsituation auch mit dem Bruder und der Mutter schnell vergessen sei. Dies könnte einerseits heißen, dass in der Familie niemand nachtragend ist und somit auch schnell wieder Harmonie herrscht. Andererseits ist fraglich, wie alle Beteiligten insgeheim über die Dinge denken und inwieweit versteckt möglicherweise trotz alledem Aggressionen vorhanden sind, die nicht ausgetragen werden. Weiterhin lässt sich schwer beurteilen, ob der Befragte im Interview und auch sonst dazu neigt, die Dinge zu bagatellisieren.

Stefan schildert in Bezug auf die Schule, dass er sich in seiner Klasse wohl fühle. Jedoch benennt er, das Verhalten einiger Mitschüler sei „asshaft“.

*„Ja, also ich habe eine nette Klasse. Klar, gibt es Schüler, die auffallen, nerven. Ja, aber sonst ist es eigentlich eine nette Klasse, fühle mich da wohl. Bin auch gerne da. Das ist die Hauptsache.“* (Stefan, 122)

*„Teilweise asshaft weil, wenn ich mir so anhören muss, dass die Fünfer Lehrer beleidigen oder Sechstklässler irgendwelche Scheiben kaputt machen, denke ich mir wirklich schon assi. Und ja, wenn ich dann auch immer diese Blicke von den Realschülern, wenn ich dann den Schulhof runtergehe denke ich mir meist so, sehr komisch, weil meistens bei uns, also nicht meistens, also ab und zu ist schon mal Polizei da gewesen an der Schule und ist mir dann immer persönlich peinlich, weil dann kommen wieder diese Gymnasiasten. Also das ist ja so ein Schulzentrum und dann wird man immer so als Assi dargestellt und so. Das ist halt immer so komisch da an dieser Schule.“* (Stefan, 118)



Er gibt an, das Verhalten mancher Mitschüler auf seiner Schule erscheint ihm unangenehm. Insbesondere wenn Außenstehende ihn mit diesem Verhalten in Verbindung bringen. Im Allgemeinen spricht diese Aussage für ein positives Sozialverhalten. Er scheint gut integriert, ohne bestimmte Verhaltensweisen anzunehmen. Dies kann für ein gutes Selbstbewusstsein sprechen.

Zudem beschreibt der Befragte zwei unterschiedliche Arten von Freunden zu besitzen. Mit den einen könne er sich jedoch eher identifizieren und unternehme häufiger etwas mit ihnen.

*„Ja, ich habe halt zwei Hälften von Freunden, sage ich mal. Die einen sind so, sage ich mal, so ein bisschen sozialer, leider. Und die anderen sind wirklich fies. Also ich habe dann halt so Freunde, die sind sehr auffällig in der Schule. Und dann habe ich wieder die, die genauso sind wie ich. Ruhig. Die gleichen Hobbies. Spielen die meisten auch die gleichen Konsolenspiele und habe ich halt diese Freunde, die dann halt dann diese Shooterspiele spielen und die nur auffallen und rauchen. Und das bin ich nicht.“ (Stefan, 94)*

*„Ja. Machen auch schon was mit ihnen, aber nicht so regelmäßig wie dann mit den anderen Freunden, die mehr so ruhig sind wie ich.“ (Stefan, 96)*

Laut Aussage des Bruders kommen Streitigkeiten mit den Freunden nicht vor, es werde lediglich manchmal diskutiert.

*„(...) Aber es sind nur Diskussionen, Streits gibt es nicht.“ (Stefan, 116)*

In Bezug auf weitere soziale Kontakte gibt Stefan an, eine gute Beziehung zur Großmutter zu pflegen und gerne Zeit mit ihr zu verbringen.

*„Ja, also manchmal kommt die zu uns oder manchmal komme ich zu ihr. Fahre ich so mit der Bahn hin oder gehen wir durch Köln. Gehen Eis essen oder Kuchen. Ja, verbringen halt auch so ab und zu mal Zeit. Finde ich auch gut so.“ (Stefan, 126)*

Hinsichtlich der subjektiven Sicht der Familie im Vergleich zu anderen wird deutlich, wie wichtig dem Befragten die Kommunikation mit den Eltern ist bzw. welcher Umgang und welche Werte Zuhause offensichtlich relevant sind und scheinbar zu einem positiven Familienklima beitragen.

*„Bei meinen Freunden ist das meistens so, die sind die Kleinsten. Und ja, wenn ich so da bin, ist das eigentlich sehr ruhig. Ich habe auch ein paar Freunde, man kommt mit ihnen nach Hause*

*und man geht einfach in sein Zimmer und man hört gar nichts von seinen Mitbewohnern, sage ich mal, also von seinen Eltern oder so. Also ist sehr, sehr ruhig finde ich das teilweise bei meinen Freunden. Denke ich mir so, mmh, komisch. Weil meine Mutter sagt immer, wenn ich nach Hause komme, soll ich erstmal ein bisschen mit ihr reden, wie der Tag war und mich nicht eigentlich direkt verkriechen. Ja, und bei meinen Freunden ist es meist immer so, die kommen nach Hause, sehen die Mutter, gehen einfach dran vorbei und gehen in ihr Zimmer. Ist sehr anders. (...) Das ist sozusagen traurig, weil ich finde es irgendwie, das mit den Eltern reden wenn man nach Hause kommt, ist eigentlich was Wichtiges, damit man auch weiß, ja, die sind da und man ist selber Zuhause. Die wissen wie der Tag von einem selber war. Finde es immer ein bisschen traurig, wenn man da einfach nach Hause geht und ins Zimmer geht und nichts sagt.“*  
(Stefan, 90/92)

Zusammenfassend betrachtet, scheint Stefan eine gute Beziehung sowohl zu seinem Bruder mit ADHS als auch zu allen weiteren Familienmitgliedern zu besitzen. Die dargestellte Patchwork Situation stellt allem Anschein nach keine besondere Schwierigkeit dar. Die angeführten gemeinsamen Unternehmungen, die gegenseitige Hilfsbereitschaft sowie die hohe Gewichtung der familiären Kommunikation sprechen für ein insgesamt gutes Familienklima und sind als Ressource zu werten (vgl. Kapitel 3.3.3). Als Reaktion auf das Handeln des Bruders schildert er oftmals, dass er sich der Situation lieber entziehe. Er scheint auf diese Weise das Betragen gut aushalten zu können und beschreibt sich in keinem Moment als nachtragend. Die angeeigneten Copingstrategien in Bezug auf das Verhalten seines Bruders wirken sich möglicherweise ebenfalls begünstigend auf die sozialen Kompetenzen des interviewten Bruders aus. Wie bereits mehrfach genannt, ergeben sich im Rahmen der Studie von Smith et al. (2002) signifikante Zusammenhänge einer besseren psychosozialen Anpassung der gesunden Geschwister in Bezug auf soziale Kontakte. Ein guter Umgang mit freundschaftlichen Beziehungen wird diesbezüglich an mehreren Zitaten aus dem Interview deutlich.

Auch wird betont, dass Stefan die Medikamente, die sein Bruder einnimmt, verantwortlich für eine positivere Beziehungsgestaltung macht. Fraglich sei an dieser Stelle, wie er die Beziehung erleben würde, wenn eine Medikation nicht erfolgt wäre. Hier wird erneut der offensichtliche Einfluss der Pharmakotherapie auf die Beziehungsgestaltung deutlich (vgl. Kapitel 4.8.2).

#### 7.4 Josy: Das Vorbild / der Helfer

Josy ist 12 Jahre alt und besucht die 7. Klasse einer Realschule. Sie besitzt eine sportliche und lässige Erscheinung. Ihr fällt es nicht schwer zu reden. Sie wirkt selbstbewusst und offen. Sie lebt zusammen mit ihrem 13-jährigen Bruder Rafael und ihren Eltern (Mutter 44 Jahre, Vater 50 Jahre) in einem Einfamilienhaus in städtischer Wohngegend. Ihr Bruder mit ADHS-Diagnose besucht aufgrund einer Rückversetzung ebenfalls die 7. Stufe der Realschule, jedoch gehen die Geschwister nicht in dieselbe Klasse. Beide Kinder besitzen ein eigenes Zimmer.

Die Mutter arbeitet als Angestellte und hat einen Realschulabschluss. Der Vater ist ebenfalls im Angestelltenverhältnis tätig und besitzt einen Hauptschulabschluss.

Im Rahmen eines kurzen Kennlerngesprächs berichtet Josy, dass sie Fußball in der U13-Oberliga spiele und dreimal pro Woche Training habe. Ihr Bruder Rafael spiele ebenfalls im Fußballverein, jedoch in einer nicht so hohen Leistungsklasse.

Bereits im Rahmen der anfänglichen Beschreibung ihres Bruder wird deutlich, dass sich dieser offenbar, insbesondere im Punkto „Fußball“ minderwertig erlebt.

*„(...) , wenn jetzt irgendwie, zum Beispiel ich bin ja jetzt im Fußball besser als er, obwohl ich jünger bin und das regt ihn halt auch irgendwie so ein bisschen auf und dann versucht er halt immer entweder mich davon abzuhalten, dass ich zu spät zum Training komme oder so. Oder irgendwie meine Mutter ablenken, dass wir irgendwie zu spät losfahren oder so.“ (Josy, 5)*

Das oben angeführte Zitat hebt die wahrgenommene Eifersucht des Bruders hervor, dass dieser, obwohl er älter ist, schlechter Fußball spiele als seine Schwester. Dies verärgere ihn und er versuche, sie vom Training abzuhalten. Die Befragte schildert eine Taktik, die es ihr ermöglicht, pünktlich los zu kommen.

*„Dann, ja, dann, wenn jetzt zum Beispiel er irgendwie was in der Hand hat, was er irgendwie zum Beispiel: Mama, willst du mir noch meine Fingernägel schnell, irgendwie so was anderes. Dann nehme ich das und lege das bei ihm ins Zimmer, dass er erst wieder hochlaufen muss. Weil ich meine Tasche schon unten habe. Dann stelle ich die schon mal ins Auto, sage meiner Mama, jetzt komm, jetzt müssen wir endlich mal losfahren und so, ja und dann geht das meistens.“ (Josy, 11)*

In Bezug auf die gemeinsam verbrachte Zeit, gibt Josy an, ein dyadisches Spiel mit ihrem Bruder funktioniere oftmals gut. Schwierigkeiten kommen auf, wenn eine dritte Person, in dem Fall ein befreundeter Nachbar, miteinbezogen ist.

*„Ja, also er kann eigentlich, wenn man jetzt zum Beispiel mit unserem Nachbarn spielt, dann kann es, dann artet es eher aus, wenn wir zu dritt sind, als wenn wir zu zweit sind. Wenn dann zum Beispiel jetzt irgendwie wir ein Spiel spielen und er dann irgendwie verliert, dann kann er es gar nicht ab, weil er dann meint, dass irgendwer von uns geschummelt hätte oder wir uns absprechen oder so. Weil er da irgendwie nicht mit klar kommt.“ (Josy, 3)*

Die Aussage führt auf, dass das Geschwisterkind mit ADHS offenbar schlecht mit Niederlagen zurechtkommt. Dies könnte möglicherweise ebenfalls daraus resultieren, dass es sich ohnehin bereits als minderwertig in Bezug auf das gemeinsame Hobby erlebt.

Die Schwester beschreibt daraufhin nachsichtig zu sein. Sie versuche, es ihm zu erklären. Möchte der Bruder kein Verständnis aufbringen, ziehe sie sich zurück und überlasse den anderen beiden das Spiel. Offenbar ist sie daran interessiert, einen aufkommenden Streit zu vermeiden und agiert somit deeskalierend.

*„Ja, dann versuche ich es irgendwie ihm zu erklären. Oder wenn er dann gar nicht damit klar kommt, dann sage ich, ja komm, dann spielt ihr weiter. Und dann gehe ich wieder rein, also zu uns rein. Weil ich kenne das, wenn ich Streit habe, weil der dann irgendwie Zuhause dann wieder den ganzen Abend wieder auf mich sauer ist oder halt irgendwas anderes macht.“ (Josy, 9)*

Eine weitere Spielsituation zeigt ebenfalls auf, wie die Befragte bei einem drohenden Streit reagiert. Sie äußert ihr Bedürfnis, bleibt jedoch dabei sehr diplomatisch. Sei ihr Bruder nicht zu einer ruhigen Konfliktlösung bereit und raste stattdessen aus, verlasse sie die Situation und gehe in ihr Zimmer, was sie abschließen könne, da ihre Mutter ihr extra einen Schlüssel gegeben habe. Dies verdeutlicht einen offensichtlichen Rückhalt durch die Eltern, die ihr somit einen Rückzugsort gewähren.

*„Ja, also eigentlich erstmal so ganz friedlich. Also irgendwie wir spielen irgendwas. Zum Beispiel draußen jetzt im Garten Fußball und irgendwann sage ich dann halt, dass wir jetzt weg sind, weil ich nicht die ganze Zeit Lust habe, im Tor zu stehen. Weil ich ja sowieso so oft im Tor stehe. Und dann sagt er, nein, ich will aber nicht ins Tor und so. Und dann sage ich halt, ja, ich finde das doch auch irgendwie Scheiße. Und dann versucht er erstmal so mit Worten zu machen. Und wenn er dann irgendwie ausrastet, dann sage ich, Rafael, das ist jetzt kein Grund dafür*

*auszurasten. Wir können das auch ruhig lösen. Und wenn das halt gar nichts bringt, dann sage ich, ja, ich gehe jetzt rein, wenn du dich beruhigt hast, kannst du wiederkommen oder so. Wenn es zu schlimm wird und ich keine Lust mehr darauf habe, dass der irgendwie was macht, dann schließe ich mich auch in meinem Zimmer ein. Meine Mama hat mir dafür extra auch den Schlüssel gegeben, damit er mich irgendwann auch mal in Ruhe lässt.“ (Josy, 13)*

Weitere Schilderungen beschreiben ein aggressives Verhalten des Bruders bei Wunschversagen bzw. in einer für ihn als „unfair“ wahrgenommenen Situation. Als Reaktion auf das Verhalten beschreibt die Schwester bei der ersten Situation sich aktiv zu wehren, indem sie zurück tritt. Dies führte offenbar kurzfristig zum Rückzug des Bruders. Die zweite Situation endete, wie bereits häufiger beschrieben, mit dem Entweichen ins eigene Zimmer. In diesem Fall schien der Bruder sehr wütend zu sein und versetzte der Tür einen heftigen Tritt, der zu einem Loch führte. Auch dieser Tatsache bzw. Handlung steht sie gelassen gegenüber.

*„Ja, also entweder, das war einmal als wir im Outlet, da habe ich irgendwie eine Süßigkeit oder so bekommen, weil ich mich halt benommen habe und er hat sich irgendwie nicht benommen oder so. Und dann ist er, dann sind wir halt ausgestiegen und dann hat er angefangen irgendwie mich zu treten. Dann habe ich ihm einmal gegen die Kniescheibe getreten. Und dann hat er irgendwie Probleme gehabt beim Auftreten. Aber das war nichts Schlimmes, irgendwie nur so verstaucht oder geprellt oder so was. Und dann hat er sich halt auch so ein bisschen zurückgezogen. Und das Andere war, als wir drin bei uns zu Hause oben, da haben wir irgendwie, da haben wir irgendwas gemacht und irgendwann hat er halt gemerkt, dass es angeblich unfair wäre. Und dann habe ich halt gesagt, komm, beruhige dich, bin in mein Zimmer gegangen, habe die Zimmertür abgeschlossen und in dem Moment wollte er halt reinkommen und dann ist er ausgerastet. Hat mit der Hacke in meine Zimmertür getreten und dann ist ja jetzt so ein Loch drin.“ (Josy, 17)*

Gebe es Konflikte, sowohl mit den Eltern als auch mit der Schwester, führe dies als Konsequenz zur Einschränkung des Medienkonsums des Bruders. Werde es ihm daraufhin im Zimmer zu langweilig, komme er wieder auf Josy zu und wolle spielen. Sein vorangegangenes Verhalten entschuldige er damit, dass es nur Spaß gewesen sei. Die Schwester gibt an, erst einmal kein Interesse am gemeinsamen Spiel zu haben, dann jedoch zu verzeihen. Als Begründung gibt sie an, es führe zu keinem Ergebnis, die ganze Zeit sauer zu sein. Das Geschwisterkind mit ADHS habe subjektiv vergessen, warum es zu Streit kam. Offenbar führt diese Erkenntnis zum schnellen Nachgeben, da

sie sich bewusst ist, es kommt womöglich sowieso zu keiner Einsicht. Dieses Verhalten wurde bereits mehrfach in Kapitel 6.1.2 anhand einiger Aussagen beschrieben und analysiert.

*„Ja, also meistens kam er wieder an, weil er, weil meine Eltern haben mal irgendwann so eine Begrenzung gemacht für elektronische Sachen. Weil sonst würde er den ganzen Tag nur da dran sein. Und dann, ja, wenn er dann irgendwie keine Lust mehr hat, so nur in seinem Zimmer zu sein, weil er nicht mehr darf oder wenn unser Nachbar nicht da ist, dann kommt er wieder an: Ja, Josy, lass wieder was spielen. Und wenn ich dann sage: Nee, ich habe jetzt keine Lust, du hast mich geärgert oder so. Ja komm, das war doch nicht so gemeint, das war doch alles nur Spaß. Also versucht er es halt so, auf so, wegzumachen so. Ja, und dann irgendwann verzeihe ich dem halt dann auch. Weil, hat ja keinen Sinn, wenn ich die ganze Zeit nur sauer auf den bin.“*

*(Josy, 27)*

*„Er denkt sich, glaube ich, eher so, ja, jetzt hat sie mir verziehen, jetzt kann ich wieder mit ihr spielen. Und, ja. Ist ihm eigentlich relativ egal so, was jetzt passiert ist.“* (Josy, 33)

Interessant stellt sich dar, dass Rafael seiner Schwester ihrer Ansicht nach mehr Vertrauen schenkt als seinen Eltern. Er teile sich ihr eher mit bzw. folge ihren Anweisungen.

*„Dass er, wenn man mit ihm spielt und nicht irgendwie was passiert, dann ist er eigentlich auch relativ nett. Und, ja, er vertraut, glaube ich, mir sogar ein bisschen mehr als meinen Eltern, weil der erzählt mir schon so manche andere Sachen, sage ich jetzt mal. Oder, ja, er kommt eher zu mir oder manchmal, wenn meine Mom zum Beispiel sagt, ja, Rafael, jetzt geht's nicht mehr raus oder so, ist jetzt schon dunkel, jetzt lass mal, jetzt können wir lieber hier drin was machen oder zusammen was machen und dann sagt er, nee, ich will jetzt aber raus. Wenn ich ihm das manchmal sage, dann hört er sogar eher mehr auf mich.“* (Josy, 35)

Als mögliche Begründung führt Josy an, sie fungiere vielleicht als „Vorbild“, da sie mehr Freunde habe. Genau wisse sie es jedoch nicht. Auch hier wird offenbar erneut der Vorteil der geschwisterlichen Beziehung als Beziehung unter „Gleichgesinnten“ deutlich (s. Kapitel 6.1.7).

*„Keine Ahnung, vielleicht bin ich ihm ein Vorbild, weil ich vielleicht mehr Freunde habe oder was auch immer, keine Ahnung.“* (Josy, 37)

An dieser Stelle wird eine womöglich vorhandene Rollenumkehr deutlich (s. Kapitel 3.5.1, dort in Bezug auf Geschwister behinderter Kinder). Wie bereits im siebten

Kapitel häufig betont, erfahren jüngere Geschwister häufiger Unterstützung durch den älteren Bruder bzw. die ältere Schwester. Im Rahmen dieses Falles zeigt sich das Verhältnis aufgrund der Schilderungen verstärkt umgekehrt. Weiterhin untermauert wird diese Sichtweise anhand folgender Aussage:

*„Weil, also ich weiß es nicht. Also manchmal habe ich irgendwie das Gefühl, dass er hilf/, also irgendwie so hilflos ist, weil der irgendwie nicht weiß, was er machen soll. Und dann fragt der mich zum Beispiel, wie er sich ändern kann. Oder ob er zum Beispiel, was er anziehen soll oder so. Weil meine Eltern haben schon mal, ich glaube, Ärger oder so von meiner Oma oder so bekommen, weil er angeblich immer Löcher in den Klamotten hatte. Weil der halt die Sachen da voll angezogen hat, die er gefunden hat. Und dann kam halt, weil er jetzt keine Lust hatte, dass meine Eltern wegen ihm von der Omi Ärger kriegen und da fragt er mich halt immer: Was soll ich anziehen? Passt das? Such mir was raus oder so.“ (Josy, 62)*

Hier positioniert sich die Schwester erneut in eine helfende Rolle. Es wird wiederum deutlich, dass der Bruder ihr offenbar vertraut und bei Problemen ihre Unterstützung erfragt.

Josy ist sich dieser Rollenumkehr scheinbar bewusst und führt diese an. Jedoch helfe sie trotzdem, obwohl sie angibt, teils genervt zu sein.

*„(...), also manchmal ist das schon nervig und dann sage ich einfach, ja, entscheide mal selber und so. Du bist alt genug dafür, du bist älter als ich. Aber manchmal helfe ich dem dann auch.“ (Josy, 64)*

Die Befragte erwähnt lediglich wenige bis gar keine Konflikte mit ihren Eltern zu haben. Zumindest erscheinen ihr diese nicht als gravierend, wenn sie dann vorkommen.

*„Ja, also wenn ich richtig streite, hatte ich eigentlich noch nie mit meinen Eltern. Höchstens so, wenn ich jetzt irgendwie so eine, keine Ahnung, im Vokabeltest eine Vier oder Fünf nach Hause gebracht habe und dann haben meine Eltern gesagt, ja, das gehst du heute mal nicht zu Training. Aber ich wollte halt irgendwann zum Training gehen. Oder so du, nein, du übst jetzt mal Vokabeln oder irgendwie nein, ich habe keine Lust und ja, sonst aber eigentlich nie.“ (Josy, 74)*

Kommt es laut ihren Angaben zu einer Diskrepanz ihrer eigenen Interessen und denen der Eltern, gibt Josy an, Strategien zu besitzen, die auf einen Kompromiss hinauslaufen.

*„Ja, meistens überlege ich, also gehe ich dann halt hoch und sage dann oder überlege mir halt irgendwas, dass ich das beides zusammen krieg irgendwie. Ja, ich übe jetzt zehn Vokabeln und dann fragt ihr mir die heute Abend ab und ich gehe zum Fußball. Und wenn der nächste*

*Vokabeltest nicht besser wird, dann darf ich irgendwie nicht zum Fußball oder so was. Aber dann mache ich das dann auch, dann üben, wenn ich gar keine Lust habe. Ja.“ (Josy, 76)*

In Bezug auf Streitigkeiten zwischen den Eltern und ihrem Bruder betont sie ein deutlich häufigeres Vorkommen. Gründe hierfür seien ihrer Ansicht nach schulische Themen sowie eine sich widersetzende Haltung den Eltern gegenüber.

*„Ja, also der, weil der sich ja immer so widersetzt, der bringt halt nicht so bessere Noten da mit nach Hause oder so und soll dann halt auch üben. Ich habe zum Beispiel jetzt auch eine Drei oder Zwei oder eine Vier im Vokabeltest mit nach Hause gebracht und er hat, sage ich mal, eine Fünf mit nach Hause gebracht.“ (Josy, 78)*

Die Reaktionen der Eltern auf die Konflikte mit dem Bruder seien sehr unterschiedlich. Wohingegen der Vater des Öfteren wütend agiere, sei die Mutter verstärkt resignierend, da wenig „Lust“ bestehe weiter mit ihm zu streiten. Sie gehe davon aus, dass ihr Sohn ihren Forderungen sowieso nicht nachkomme. Mögliche Ursachen dafür, wurden bereits in Kapitel 6.2.5 angeführt.

*„Ja, also mein Vater, der rastet halt schon etwas schneller aus bei meinem Bruder, weil dann trampelt er halt und dann so ein komisches, so halt so ein Angry-Gesicht so. Und dann läuft er halt zu meinem Bruder und meckert den halt dann auch an. Bei meiner Mom, die ist eher dann so frustriert, sagt das meinem Bruder halt auch, was er jetzt falsch gemacht hat und so, aber die hat da keine Lust mehr mit dem sich rumzuzanken, weil sie eh weiß, dass er nicht auf sie hört.“ (Josy, 85)*

Josy benennt, sich im Zuge der Konflikte die Eltern und den Bruder betreffend Gedanken zu machen. Sie könne oft nicht nachvollziehen, warum Rafael sein Verhalten nicht ändere. Zudem gibt sie erneut an, er wende sich an sie, um Hilfestellungen bzw. Ratschläge zu erhalten bezüglich seines Verhaltens. Dies lässt wiederum den vertrauensvollen Umgang mit seiner Schwester deutlich werden.

*„Ich denke mir dann eher so, ja, warum ändert er sich nicht? Also, ich mache mir dann eher Gedanken, wieso er das nicht verändert. Und dann, ja, manchmal kommt mein Bruder halt auch zu mir an: Was habe ich falsch gemacht? Das war doch gar nicht so falsch oder so was. Und dann erkläre ich ihm das dann auch. Und manchmal merkt er das dann auch selber, aber manchmal sieht er das auch gar nicht ein.“ (Josy, 87)*



Weiterhin führt die Befragte an, der Bruder fühle sich oftmals ungerecht durch die Eltern behandelt, zieht Vergleiche und glaubt seine Schwester würde bevorzugt.

*„Ja, meistens, wenn jetzt zum Beispiel, mein Bruder hat irgendwas und ich, wir waren auch dem Drachenberg, ich weiß nicht, ob Sie den irgendwie kennen? Da sind wir hoch gewandert und mein Bruder, ich habe mir halt meine Jacke ausgezogen, habe mir die umgebunden, und mein Bruder hatte darunter noch einen Pulli an und ein T-Shirt und eine Jacke an. Und die Jacke hat er ausgezogen. Und dann wollte er aber den Pulli ausziehen und wollte den nicht auch noch drum machen, da wollte er meinen Eltern den geben. Und meine Eltern haben aber unten im Auto gesagt, dass er den Pulli auslassen kann und so und dann wollten die den halt nicht nehmen und dann ist mein Bruder irgendwie: Ja, Josy hättet ihr das sowieso abgenommen und so und dann vergleicht er sich wieder. Und dann fängt mein Vater wieder an auszurasen, redet mit dem, ja, der Josy hätten wir dem auch nicht abgenommen, weil wir dir das unten am Auto gesagt haben. Und dann läuft mein Bruder entweder vor oder hinterher, ist halt die ganze Zeit (unv.) und dann ist das halt irgendwie Scheiße.“ (Josy, 97)*

Ihrer Ansicht nach komme es bei den Eltern nach der Beschwerde des Bruders durchaus zu einer Überprüfung ihrer Reaktion.

*„Meine Eltern sehen das ja auch so. Wenn er sich vergleicht, denken die ja auch erstmal darüber nach, ob das wirklich stimmt und wenn das dann nicht stimmt, sagen die ihm das auch noch mal oder so.“ (Josy, 106)*

Hieran anschließend betont Josy sich zu wünschen, ihr Bruder solle sein Fehlverhalten einsehen und weniger auf sein Recht bestehen. Es erfolgt ihrerseits eine Solidarisierung mit den Eltern. Sie möchte, dass ihr Bruder nicht verstärkt ihren Anweisungen Folge leistet, sondern auch denen der Eltern. An dieser Stelle wird die offensichtlich hohe Verantwortung, die auf der Befragten lastet, deutlich, von der sie ggf. ein Stück abgeben möchte oder auch einfach nur wahrnimmt, dass es die Situation für ihre Eltern erschwert. Sehr deutlich wiederum wird im Rahmen des Interviews, dass sie trotz dieser unterstützenden Rolle ihren Bruder betreffend sowie der Funktion der „Vertrauten“ offenbar nicht leidet.

*„Eigentlich nur, dass mein Bruder irgendwann auch mal einsieht, dass er ja nicht immer mit dem, was er sagt, Recht hat. Oder dass er, wenn jetzt irgendwie, dass er auch mal auf die Eltern, auf meine Eltern hören soll. Nicht nur auf mich hören soll. Also, meistens.“ (Josy, 121)*

Die Schwester gibt zudem an, bei Problemen in Bezug auf Schule ihre Eltern zu kontaktieren. Gleiches Verhalten wünsche sie sich auch von ihrem Bruder. Dieser tue es aber nicht.

*„Ja, also, ich gehe eher auf meine Eltern zu und sage den das, ob die mir das noch mal erklären können oder so. Mein Bruder sagt dann so, ja, nee, ich kann das nicht, ich mache das jetzt nicht, ich frage meine Lehrerin. Aber die fragt er dann auch nicht. Und dann hat's bei ihm keinen Sinn.“*  
(Josy, 129)

Ergänzend gibt die Interviewte an, sich bei Problemen an die Mutter zu wenden und beschreibt ein positives Verhältnis zu ihr. In Bezug auf den Vater schildert sie, er sei verstärkt bemüht um ein schulisches Vorankommen.

*„Dann gehe ich zu meiner Mutter, weil ich irgendwie mit der besser klar komme.“* (Josy, 133)  
*„Mein Vater sieht das eher auf die Schule bezogen und meine Mutter, die sieht das schon so, dass ich in der Schule gut sein muss, aber halt auch, dass ich mehr Freizeit, viel Spaß haben soll, wenn ich dann Freizeit habe.“* (Josy, 135)

Hinsichtlich freundschaftlicher Beziehungen gibt Josy an, einen offenen Umgang zu pflegen. Probleme werden angesprochen und gemeinsam nach Lösungen gesucht.

*„Die sind halt auch offen, also wir reden halt alle immer zusammen und wenn jemand ein Problem hat, dann verheimlicht der das auch nicht oder sagt so, ja, nee, will ich jetzt nicht sagen oder so. Also dass erzählen wir schon so einander und dann versuchen wir auch zusammen so Lösungen zu finden.“* (Josy, 137)

Ihren Bruder betreffend beschreibt sie erneut, er habe weniger Freunde bzw. werde in der Klasse nicht sonderlich gemocht.

*„Ja, also der ist halt auch sitzen geblieben und ja, in der Klasse irgendwie mögen die ihn, ich weiß es nicht genau, aber irgendwie, ich glaube, die mögen ihn nicht so wirklich und ja.“* (Josy, 143)

Ursächlich dafür mutmaßt sie, könnte seine rechthaberische Art sein, die bei Mitschülern möglicherweise nicht gut ankomme. Zudem betont sie sein mangelndes Bewusstsein für Hygiene, was sich ihrer Ansicht nach ebenfalls hinderlich auf freundschaftliche Beziehungen auswirken könnte.

*„Ich glaube, weil er so denkt so, dass mein Ding, was ich mache, ist richtig. Und was alle anderen sagen, ist falsch. Und er muss immer das letzte Wort haben und ich meine, wenn man das jetzt irgendwie in der Klasse immer so hat, dann sagen die anderen auch so: Was macht der immer? Oder der hat jetzt auch in letzter Zeit hatte er irgendwie keine Lust sich die Haare zu*

*waschen oder so was. Hatte dann halt auch voll richtig fettige Haare und ist damit auch dann in die Schule gegangen und so. Und das kommt halt auch nicht so gut.“ (Josy, 145)*

Zudem zeigt Josy sich ebenfalls als bemüht und diplomatisch beim gemeinsamen Spiel mit dem Bruder und ihren Freunden. Komme es seitens der Freunde zu der Äußerung, Rafael solle doch bitte das Zimmer verlassen, da er sich nicht benimmt, versucht die Schwester ihm die Situation zu erklären und hofft auf Einsicht. Offensichtlich ist sie stets bemüht, ihm sein Fehlverhalten mit Worten nahezubringen statt direkt einen Konflikt herbei zu führen, indem sie ihn einfach hinausbefördern würde.

*„Ja, also zuerst denken die sich, ja, lass den mal nicht mitspielen oder so. Aber wenn wir dann irgendwie was zusammen spielen und er dann auch so eine Aufgabe hat und die wirklich dann auch macht, solange er sie dann ordentlich macht, finden wir es eigentlich auch alle okay. Aber sobald er dann irgendwie ausrastet oder irgendwas anderes machen will oder so, was wir aber nicht wollen, dann finden die das halt schon Scheiße. Und dann sagen die auch so, ja, Josy sag dem mal, dass wir das jetzt nicht wollen. Dass der vielleicht auch mal rausgeht, wir wollen vielleicht auch mal was alleine machen. Dann sage ich dem das halt auch und versuche dem das auch zu erklären, weil, damit er das auch weiß. Weil er will ja auch nicht, dass ich da die ganze Zeit bei ihm, wenn er Freunde da hat, ja auch die ganze Zeit mitspiele.“ (Josy, 158)*

Dennoch könne es zu einer Situation kommen, in der ihre Worte nichts bewirken oder sie schlichtweg kein Interesse an einer Diskussion habe. An der Stelle schildert sie selbstbewusst, sich „zu helfen“ zu wissen, indem sie die Zimmertür verschließe.

*„...ich schließe halt das Zimmer ab. Wenn wir dann rausgehen, dann schließe ich das von außen ab, also, wenn ich dann keine Lust habe, dann weiß ich schon mir zu helfen.“ (Josy, 154)*

Zusammenfassend wird ersichtlich, dass Josy offenbar ein gesundes Selbstwertgefühl besitzt und für sich gut geeignete Konfliktlösestrategien, insbesondere in Bezug auf ihren Bruder mit ADHS, gefunden zu haben scheint. Es gelingt ihr allem Anschein nach, ein gelungenes Maß von Zurückhaltung und aktiver Auseinandersetzung zu praktizieren. Dies wiederum wirkt sich offensichtlich positiv auf das entgegengebrachte Verständnis ihrem Geschwisterkind gegenüber aus. Sie ist sportlich erfolgreich, beschreibt verlässliche und gute freundschaftliche Beziehungen zu besitzen sowie weist den Schilderungen nach eine positive Einstellung ihren Eltern gegenüber auf. Sie benennt das Öfteren von ihnen Unterstützung zu erfahren, wie

beispielsweise der Schlüssel für das eigene Zimmer und Hilfe bei Problemen. Als Schwester fungiert sie offenbar als Vertrauensperson und bietet Hilfestellungen sowie beschreibt in der Lage bzw. bemüht zu sein, dem Bruder sein Fehlverhalten zu erläutern. Die erhoffte Einsicht seinerseits scheint nicht immer gegeben. Trotz allem praktiziert sie scheinbar weiterhin zuallererst ein ruhiges, deeskalierendes Verhalten. Zwar besteht der Wunsch, Rafael zeige sich verständnisvoller und folge den Anweisungen der Eltern, was sich insgesamt jedoch nicht negativ auf die eigene Person auszuwirken scheint. Die zugeschriebene „Helferrolle“ schildert Josy zwar teils als nervig, allerdings scheint davon keine große Belastung für sie auszugehen. Möglicherweise wirkt sich dies sogar eher förderlich auf die eigene Selbstwirksamkeit aus. Der Bruder erlebe sich minderwertig, vor allem im Punkto Fußball, und fühle sich ungerecht behandelt. Trotz allem scheint er ebenfalls von der Stärke und der diplomatischen Fähigkeiten seiner Schwester zu profitieren, indem er sich ihr anvertraut und um Rat fragt.

Josy weist insgesamt eine Reihe protektiver Faktoren, sowohl im internen als auch externen Bereich auf, die sich als relevant für eine psychisch gesunde Entwicklung der Geschwister mit einem(r) behinderten/kranken Bruder/Schwester erwiesen haben (vgl. Kapitel 3.3 & 3.4).

Auf Basis der eben angeführten „Kontrastiven Falldarstellungen“ sowie der in Kapitel 6 vorgestellten vergleichenden Analyse der Interviews erfolgt im sich anschließenden Punkt die Charakterisierung der einzelnen, sich aus dem Material erschlossenen Geschwistertypen. Zudem wird eingangs der Prozess der Typenbildung erörtert bzw. dargestellt, auf Grundlage dessen die selbige vollzogen wird.

## 8. Typenbildung

Anhand der skizzierten kontrastiven Falldarstellungen gelingt eine Einsicht in die Prozesse der subjektiven Wahrnehmung und Verarbeitung der Situation seitens der ADHS-Geschwister. Das zentrale Ziel dieser Vorgehensweise war es, einen Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Datenmaterial zu verschaffen. Dies machte es möglich, ähnliche Fälle zu gruppieren und von unterschiedlichen Gruppen zu trennen. Weiterhin war die Absicht, Begriffe entstehen zu lassen, mithilfe derer die erkannten Gemeinsamkeiten und Unterschiede als auch deren übergeordnete Struktur dargestellt werden konnten (Gerhardt, 1986, 90 f.). Diese Vorgehensweise wird als zentrales Verfahren im Rahmen der Typenbildung genannt und ist somit notwendig für die Bildung einer oder mehrerer Typologie(n) (Kelle & Kluge, 2010, 85). Ziel der Typenbildung ist es nunmehr, globale Kennlinien zur Identifizierung geschwisterlicher Handlungsmuster herauszuarbeiten. Jedoch gelingt es dieser Einordnung lediglich Tendenzen aufzuzeigen, denn bei Betrachtung der Ergebnisse subjektiver Sichtweisen und Verarbeitungsmodi im Rahmen der Familiendynamik sowie der Geschwisterbeziehung wird ein Variantenreichtum erkennbar, das trotz differenzierter Typisierungen der geschwisterlichen und familiären Beziehung von ADHS-Geschwistern unscharfe Ränder hinterlässt. Die Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge führt in der Regel zu einer Reduktion des Merkmalraumes und damit der Gruppen auf wenige Typen (Kluge, 1999, 260 ff.).

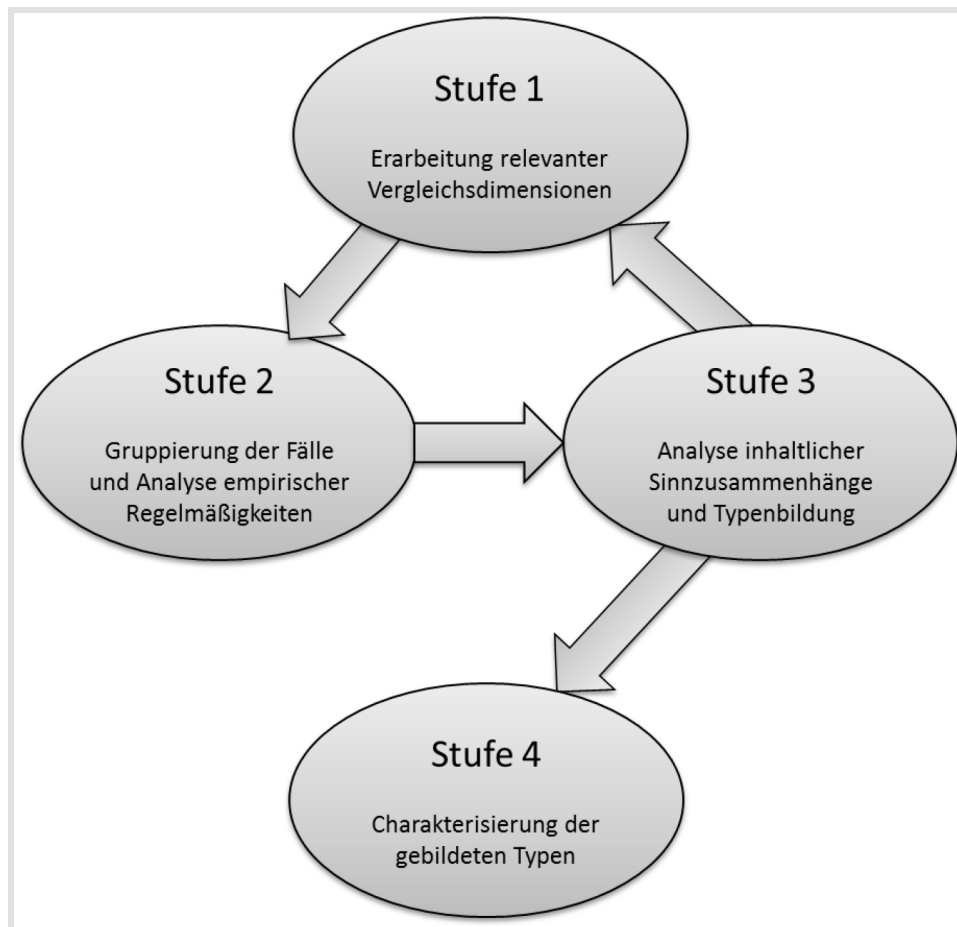
### 8.1 Grundlagen der Typenbildung

Seit Ende des 19. Jahrhunderts wird dem „Typusbegriff“ in den Sozialwissenschaften eine bedeutende Rolle zugesprochen. Einen hohen Einfluss hierbei hatte Max Weber mit seinem Begriff des „Idealtypus“. Dieser wird gewonnen durch eine „einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte durch Zusammenschluss einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht, vorhandenen Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen Gedankenbilde“ (Weber, 1904; 1988, 191, zit. aus Kelle & Kluge, 2010, 83).

Im Allgemeinen kann eine Typologie immer als Resultat eines Gruppierungsprozesses gesehen werden. Im Rahmen dessen erfolgt die Einteilung eines Objektbereiches aufgrund eines oder mehrerer Merkmale in Gruppen bzw. Typen. Hierbei ist relevant, dass eine ‚interne Homogenität‘ auf der Ebene des Typus (Elemente innerhalb der Typologie ähneln sich möglichst) sowie eine ‚externe Heterogenität‘ auf der Ebene der Typologie (Typen unterscheiden sich möglichst deutlich voneinander) stattfindet (Kluge, 1999, 26 ff.). Der „Typusbegriff“ beschreibt gebildete Teil- bzw. Untergruppierungen, die einerseits gemeinsame Eigenschaften aufweisen und andererseits mit Zuhilfenahme der besonderen Konstellationen dieser Eigenschaften sowohl beschrieben als auch charakterisiert werden können (Sodeur, 1974, 9). Nach Büschges (1989, 249) zitiert aus Kelle & Kluge (2010, 83), geht es dementsprechend um eine „Zusammenfassung jener Objekte zu Typen, die einander hinsichtlich bestimmter Merkmale ähnlicher sind als andere“.

Als wichtig gilt weiterhin die Klärung, was die „Elemente“ der Typen sind bzw. sein können. Im Falle der vorliegenden Arbeit beziehen sich die Typen auf Geschwisterkinder, denen ein besonderes Adjektiv zugeschrieben wird, das zur Beschreibung von dessen Umgang mit der Situation, ein Geschwisterkind mit ADHS zu haben, dient. Zudem ist es relevant, die „Eigenschaften“ bzw. „Merkmale“ zu definieren, anhand derer sich die Typen differenzieren lassen. Hierbei werden in Bezug auf die Studie Kategorien gewählt, die bereits auch in der vergleichenden Analyse (s. Kapitel 6) Verwendung fanden, wie beispielweise der Umgang mit dem Geschwisterkind, Reaktion bei Streit, Konfliktlösestrategien, Beziehung zu den Eltern etc. (Kelle & Kluge, 2010, 86).

Nach Kluge (1999, 260 ff.) kommt es im Rahmen der Typenbildung im Allgemeinen zu vier Teilschritten, in die der Prozess eingeordnet wird. Folgende Abbildung verdeutlicht dies und findet im Anschluss Erläuterung.

**Abb. 15: Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung**

Quelle: Kelle & Kluge (2010, 92).

Zur Sicherstellung eines methodisch kontrollierten Vorgehens bei der Typenbildung, sollte zwischen den folgenden, bereits in der o. a. Abbildung angeführten, vier Auswertungsstufen unterschieden werden:

**(1) Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen:**

Hierbei geht es darum, den Typus als Kombination von Merkmalen zu definieren. Dazu werden zunächst Merkmale bzw. Vergleichsdimensionen benötigt, mit deren Hilfe es gelingt, Ähnlichkeiten und Unterschiede der untersuchten Fälle geeignet zu erfassen und die ermittelten Gruppen und Typen abschließend charakterisieren zu können. Sowohl die Merkmale als auch ihre Ausprägungen werden einerseits mittels des theoretischen (Vor-)Wissens und andererseits anhand des Datenmaterials erarbeitet und "dimensionalisiert", d. h. relevante Subkategorien und Merkmalsausprägungen wurden bestimmt (s. Kapitel 6).

(2) Gruppierung der Fälle und Analyse der empirischen Regelmäßigkeiten:

Im Rahmen dieser Stufe sollen die Fälle mittels dieser Merkmale (bzw. Kategorien) sowie ihrer Ausprägungen (bzw. Subkategorien) gruppiert und im Anschluss in Bezug auf empirische Regelmäßigkeiten untersucht werden (auf anliegender DVD).

Weiterhin spielt in dieser Stufe die Fallkontrastierung eine Rolle, d. h. es müssen Fälle, die einer Merkmalskombination zugeordnet werden, in einen Vergleich gestellt werden. Dies geschieht mit der Absicht der Überprüfung interner Homogenität der gebildeten Gruppen, die die Grundlage für die im Anschluss stattfindende Typenbildung darstellen. Dies ist nötig, da sich auf der „Typologieebene“ die Fälle möglichst stark ähneln sollen. Zudem kommt es zu einem Vergleich der Gruppen untereinander, was der Überprüfung einer ausreichenden externen Heterogenität auf der „Typologieebene“ dient. Mit anderen Worten, ob gebildete Typologien ausreichend Varianz besitzen.

(3) Analyse der inhaltlichen Sinnzusammenhänge und Typenbildung:

Damit es sich bei untersuchten sozialen Phänomenen nicht ausschließlich um eine Beschreibung derer handelt, sondern diese auch "verstanden" und "erklärt" werden sollen, ist es nötig die inhaltlichen Sinnzusammenhänge, die den empirisch vorgefundenen Gruppen bzw. Merkmalskombinationen zugrunde liegen, zu analysieren. Im Rahmen dieser Analyse zeigen sich meistens weitere Merkmale (Stufe 1), die es bei der Typenbildung zu berücksichtigen gilt. Dies führt zu einer Ergänzung des Merkmalsraumes. Die sich daraus ergebende Gruppierung kann nun erneut auf empirische Regelmäßigkeiten (Stufe 2) und inhaltliche Sinnzusammenhänge hin untersucht werden (Stufe 3). Zum Abschluss der Analysen erfolgt dann im Normalfall eine Reduktion des Merkmalraums und damit der Gruppen (= Merkmalskombinationen) auf wenige Typen.

Dies erfolgte nach ausgiebiger Sichtung der kodierten Interviews (auf anliegender DVD), bei der die Merkmalskombinationen miteinander verglichen und Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede in Bezug auf die Kategorien ermittelt wurden.



## (4) Charakterisierung der gebildeten Typen:

Der Prozess der Typenbildung schließt mit einer umfassenden Charakterisierung der konstruierten Typen anhand ihrer Merkmalskombinationen sowie der inhaltlichen Sinnzusammenhänge (s. Kapitel 8.2) (Kluge, 1999, 260 ff.; Kelle & Kluge, 2010, 91 f.).

## 8.2 Typologie der ADHS-Geschwister

In dem nun folgenden Punkt werden, wie bereits in der 4. Stufe des Modells zur empirischen Typenbildung beschrieben, die gebildeten Typen charakterisiert. Dies geschieht, indem stichpunktartig homogene Merkmale des jeweiligen Typus angeführt werden (interne Homogenität), die die einzelnen Typen voneinander unterscheiden lassen (externe Homogenität). Die Darstellung dessen findet nachkommend anhand einer Tabelle zur besseren Übersicht statt.

**Tab. 22: Charakterisierung der Geschwistertypen**

Typus	Charakterisierung
<b>Verständnisvoll / Zurückhaltend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passend für fünf der zwanzig Geschwister</li> <li>• Ausschließlich auf Schwestern zutreffend, keine Brüder</li> <li>• Mehrheitlich ältere Schwestern (drei von fünf)</li> <li>• Beschreiben den Bruder als laut, teilweise nervig und motorisch unruhig</li> <li>• Betrachten negatives Verhalten des Bruders als von ihm unbeabsichtigt, keine direkte Schuldzuweisung</li> <li>• Meist offene Kommunikation innerhalb der Familie</li> <li>• Verhältnis zu den Eltern wird weitestgehend positiv beschrieben, jedoch wird viel Verständnis und Einsicht erwartet</li> <li>• Umgang bei Streit mit dem Bruder bzw. Konflikten im Allgemeinen ist eher der Rückzug, d. h. es erfolgt kaum eine direkte Auseinandersetzung mit dem Gegenüber (dies betrifft sowohl Familie als auch Freunde)</li> <li>• Hilfe ging primär vom Befragten aus und beruhte selten auf Gegenseitigkeit. Dankbarkeit wurde seitens des ADHS-Geschwisters jedoch in unterschiedlicher Form ausgedrückt</li> <li>• Meist gute bis sehr gute Schulleistungen</li> <li>• Sehr gute freundschaftliche Beziehungen</li> <li>• Geben weitere Bezugspersonen als wichtige Ressource an</li> <li>• Verstärkt altruistische Tendenzen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch, dass das ADHS-Geschwisterkind besser zurecht kommt, wenn nötig auch mit Hilfe einer verbesserten Medikation</li> </ul>
<b>Angepasst / still leidend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passend für sechs der zwanzig Geschwister</li> <li>• Fünf davon Schwestern, nur ein Bruder (davon drei älter und drei jünger)</li> <li>• Zeigen sich insgesamt sehr nachdenklich</li> <li>• Reagieren fast immer bei Konflikten mit Rückzug</li> <li>• Geben bei Streit mit Freunden eher nach und vermeiden Auseinandersetzungen</li> <li>• Klärende Gespräche nach einem Streit werden selten bis gar nicht benannt</li> <li>• Äußern teils direkt und teils indirekt unter der Situation zu leiden, haben aber keine wirklichen Lösungsansätze, sondern nehmen es hin</li> <li>• Das ADHS-Kind dominiert scheinbar oftmals das Familienleben durch eingeforderte Aufmerksamkeit</li> <li>• Verständnis seitens der Eltern ist eher gering vorhanden</li> <li>• Stehen meistens zurück, zeigen Wut/Ärger nicht direkt</li> <li>• Sprechen der Medikation des Bruders eine hohe Bedeutung zu</li> <li>• Wunsch nach einer verbesserten Medikation für das Geschwisterkind, um das Verhalten selbst besser ertragen zu können</li> </ul>
<b>Gelassen / positiv gestimmt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passend für sechs der zwanzig Geschwister</li> <li>• Vier davon Brüder, nur zwei Schwestern</li> <li>• Vier der sechs Geschwister sind älter als das ADHS-Geschwisterkind</li> <li>• Zeigen sich im Interview sehr offen</li> <li>• Bewerten das Verhältnis zum ADHS-Geschwister überwiegend positiv</li> <li>• Das hyperaktive Verhalten des Geschwisters wurde vielfach positiv gewertet</li> <li>• Wenig Streit mit den Eltern</li> <li>• Probleme werden im Rahmen der Familie offen besprochen und Lösungen gemeinsam gesucht</li> <li>• Viele gemeinsame Aktivitäten mit der Familie oder dem Geschwisterkind</li> <li>• Gegenseitige Hilfestellungen waren vorhanden</li> <li>• Lassen negative Gefühle in Bezug auf das ADHS-Geschwister in der Regel zu</li> <li>• Fühlen sich teils genervt, besitzen dahingehend jedoch gute Strategien</li> <li>• Es kommt offen zu Streitigkeiten und zu einer Wiederannäherung beider Geschwister</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehr gute freundschaftliche Beziehungen</li> <li>• Eher allgemeine Wünsche für die Familie, betreffen nicht primär das Geschwisterkind</li> </ul>
<b>Vorbild / Helfer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passend für zwei der zwanzig Geschwister</li> <li>• Eine Schwester (jünger) und ein Bruder(älter)</li> <li>• Mittelmäßige Schulleistungen</li> <li>• Sehr gute soziale Kontakte</li> <li>• ADHS-Geschwisterkind sucht verstärkt Aufmerksamkeit des Bruders/der Schwester, oftmals durch störendes Verhalten</li> <li>• Helfen bei Peer-Konflikten des Bruders</li> <li>• Geben oft Rat, fungieren als Ansprechpartner für das Geschwisterkind (eher als die Eltern), was eine erhöhte Verantwortung des Geschwisters mit sich brachte</li> <li>• Verhalten des Bruders wurde teils als nervig bzw. nicht nachvollziehbar beschrieben</li> <li>• Probleme/Streitigkeiten werden innerhalb der Familie nochmal besprochen</li> <li>• Lösen Probleme vielfach eigenständig</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung.

### 8.3 Zusammenfassung

Die im vorangegangenen Punkt dargestellten und charakterisierten Geschwistertypen dienen der Aufzeichnung unterschiedlicher (Bewältigungs-)Strategien und Verarbeitungsmodi im Rahmen der Geschwisterbeziehung. Zudem verdeutlichen sie teils sehr divergente Familiendynamiken.

Zuallererst auffallend zeigt sich in Bezug auf den ersten Typus „verständnisvoll / zurückhaltend“, dass dieser ausschließlich dem weiblichen Geschlecht zuzuordnen war. Zudem war die Mehrzahl in der Rolle der älteren Schwester. Hieraus lassen sich möglicherweise speziell vorhandene, geschlechts- und geburtsrangspezifische Charakteristika ableiten. Gekennzeichnet war dieser Typus weiterhin durch die von Verständnis geprägte Einstellung der Befragten bezüglich ihres Bruders mit ADHS, die von ihnen ein hohes Maß an Zurückhaltung einforderte. Die familiäre Kommunikation erschien als sehr offen dargestellt, d. h. Probleme wurden im Anschluss besprochen und die Befragten wurden teils in Entscheidungsprozesse involviert. Gleichmaßen

fielen Streitsituationen mit den Eltern gering aus, jedoch erwies sich die Erwartungshaltung der Eltern als hoch. Hervorzuheben sind zudem fast ausschließlich gute Schulleistungen der interviewten Schwestern sowie positive freundschaftliche und andere soziale Beziehungen. Als auffallend erwies sich das Vorhandensein altruistischer Tendenzen, die insbesondere anhand der Merkmalsausprägungen „Rückzug“, „Verständnis“, „Hilfe anderer“ und „Wünsche“ deutlich wurden. Oftmals wurde beschrieben, dass Geschwisterkind mit ADHS in verschiedenster Weise zu unterstützen. Dies zeigte sich vielfach dankbar, eine umgekehrte Hilfe wurde jedoch selten angeführt. In Punkto, was sich die Befragte für ihre Familie wünscht, dominierten Aussagen, dass der Bruder besser zurechtkommen soll. Für sich selbst wurden wenig bis keine Wünsche angegeben. Zusammenfassend zeigt sich in Bezug auf den genannten Typus, dass allem Anschein nach gelungene Coping- bzw. Bewältigungsstrategien vorhanden sind, die sich begünstigend auf die psychische Entwicklung der Befragten auswirken. Fraglich erscheint jedoch, welche Folgen die eben angeführten altruistischen Tendenzen auf das spätere Leben der Befragten haben. Denkbar wäre in dem Zusammenhang ein zu gering ausgeprägtes Wahrnehmen und Kommunizieren eigener Belange, was sich negativ auf das Selbstbild auswirken könnte.

Der zweite Typus „angepasst / still leidend“ ist erneut primär dem weiblichen Geschlecht zuzuordnen. Der Geburtsrangplatz ist hierbei jedoch gleichmäßig verteilt. Charakteristisch für diesen Typus ist das offenbare Leiden unter der Situation einen Bruder mit ADHS zu haben. Das Zulassen negativer Emotionen scheint allerdings nicht vorhanden. Kommuniziert wird fast ausschließlich, sich dem Ärger oder Streit zu entziehen. Ein Lösungsversuch, z. B. im Sinne einer Positionierung der eigenen Meinung, wird gemieden. Gespräche über Probleme oder Konflikte werden innerhalb der Familie selten bis gar nicht geführt. Zu verspüren ist eine hohe Resignation, die einen stetigen Rückzug zur Folge hat. Diese resultiert vielfach aus der Einschätzung heraus, es ändere sich nichts bzw. das Verständnis seitens der Eltern ist nicht zu erwarten. Die befragten Geschwister dieses Typus geben häufig an, über Vieles nachzudenken und machen negative Emotionen in dem Fall mit sich selbst aus. Ferner wird häufig angeführt, dass sich das Verhalten des ADHS-Geschwisters unter Einfluss von Medikamenten etwas verbessert. In dem Zusammenhang wurde auf die Frage

nach den Wünschen für die Familie vielfach betont, es werde sich eine verbesserte Medikation für den Bruder erhofft, die ihnen selbst ein Zusammenleben erleichtern soll. Auf Grundlage dieser Charakteristika ist eine mögliche Gefährdung der psychischen Entwicklung der Geschwister anzunehmen.

Der dritte Typus „gelassen / positiv gestimmt“, impliziert bereits einen offensichtlich gelungenen Umgang mit der familiären Situation. Die besonderen Merkmalsausprägungen, die diesen Typus entstehen ließen, trafen primär auf Brüder zu. Weiterhin ist anzumerken, dass die Mehrzahl einen höheren Geburtsrangplatz besaß. Zudem charakteristisch war eine von Beginn des Interviews an große Offenheit der Befragten. Sie erschienen fröhlich und keineswegs belastet. Es fiel ihnen fast durchgängig leicht, dem ADHS-Geschwisterkind positive Attribute zuzuschreiben. Als interessant erwies sich, dass das vielfach als störend wahrgenommene hyperaktive Verhalten von ADHS-Kindern seitens der Befragten dieses Typus zum Teil positiv umgedeutet wurde. Ergänzend war anhand der Ausführungen deutlich erkennbar, dass viele gemeinsame Unternehmungen mit der Familie stattfinden und einen hohen Stellenwert besitzen. Es wurde weiterhin angeführt, dass Hilfestellungen auf gegenseitiger Basis erfolgten und somit eine Ausgewogenheit vorlag. Aufkommende Konflikte kamen ebenfalls des Öfteren zur Sprache. Jedoch wurde der Umgang damit als sehr offen beschrieben. Negative Emotionen wurden und durften zugelassen werden. Dies führte vielfach zu einer schnellen Klärung und einer geringen Nachhaltigkeit des Streits. In Bezug auf die Eltern erwies sich ein sehr geringes Streitaufkommen als charakteristisch. Der Umgang mit Problemen wurde innerhalb der Familie als sehr offen beschrieben. Es findet ein regelmäßiger Austausch statt, bei dem gemeinsam Lösungen gesucht werden. Freundschaftliche Beziehungen erschienen sehr ausgeprägt, intensiv und boten oftmals einen wichtigen Rückzugspunkt. Wünsche für die Familie waren eher allgemeiner Natur und waren nicht in direktem Zusammenhang mit dem Geschwisterkind zu sehen.

Der letzte Typus „Vorbild / Helfer“ war nur zwei der befragten Geschwister (eine Schwester und ein Bruder) zuzuordnen. Diese besaßen jedoch nochmals besonders herausstechende Merkmale, die die Bildung dieses Typen wichtig erscheinen ließ.

Kennzeichnend für diese interviewten Geschwister war insbesondere die offenbar hohe Vorbildfunktion. Diese ging einher mit einer besonders ausgeprägten Form der Hilfe und Ausdauer in Bezug auf das ADHS-Geschwisterkind. Weiterhin bezeichnend war eine sehr intensive außerfamiliäre Eingebundenheit der Befragten und eine dadurch ausgeprägte Erfahrung von Wertschätzung die eigene Person betreffend. Es kam zu der häufigen Nennung, der ADHS-Bruder suche verstärkt die Aufmerksamkeit des Geschwisters, vielfach auch durch negatives Verhalten. Reagiert wurde zumeist sehr ausdauernd, erklärend und tolerant. Im Endeffekt führte dies oftmals zu einem gemeinsamen Spiel, da der Bruder mit ADHS sich entschuldigte. Bei Konflikten des Bruders mit Peers wurde angegeben, sehr oft unterstützend einzugreifen und die Situation im Sinne des Geschwisters zu lösen. Als interessant erwies sich das offenbar starke, entgegengebrachte Vertrauen. Hier wurde angeführt, dass das interviewte Geschwister als erster Ansprechpartner vor den Eltern fungierte und um Rat gefragt wurde. Seitens der befragten Schwester wurde eine besonders hoch erlebte Verantwortung geschildert, mit der sie jedoch scheinbar gut umzugehen wusste. Konflikte mit den Eltern fielen auch hier gering aus und Probleme wurden offen besprochen. Insgesamt jedoch war eine in erster Linie eigenständige Problemlösung der Befragten zu verzeichnen. Trotz der im Rahmen des Interviews geschilderten negativen Verhaltensweisen des ADHS-Bruders scheint dieser Typus ausreichende Bewältigungsstrategien zu besitzen, die der Geschwisterbeziehung sowie der eigenen Entwicklung zu Gute kommt. Die Funktion des Vorbildes und die geleistete Unterstützung übertragen zwar, wie die Schwester benennt, viel Verantwortung, die sich jedoch möglicherweise positiv auf das Selbstbild bzw. die Selbstwirksamkeit der befragten Geschwister auswirkt.

Lediglich ein befragter Bruder ließ sich keinem der vier Typen zuordnen. Grund hierfür könnte das noch junge Alter gewesen sein. Der Junge war gerade erst acht Jahre alt geworden. Seine Aussagen zeigten eine offensichtlich hohe soziale Erwünschtheit und wiesen zahlreiche Widersprüche auf. Demnach wäre eine Zuteilung zu einem der Typen sicherlich unpassend gewesen bzw. hätte allem Anschein nach nicht der Realität entsprochen.

## 9. Fazit und Ausblick

Im Zentrum der Untersuchung stand die Frage nach der Familiendynamik bei ADHS-Kindern aus der Geschwisterperspektive. Resultierend aus den Anführungen im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde davon ausgegangen, dass Interaktionserfahrungen und das Erleben der Kinder mit einem Bruder bzw. einer Schwester mit einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung von hoher praktischer Relevanz sind, um die Lebenssituation aller Beteiligten zu verbessern.

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen wurden forschungsleitende Fragestellungen entwickelt (vgl. Kapitel 1.2), die als thematische Bezugspunkte die Ausgangslage für die empirische Untersuchung darstellten. Die Studie erfolgte mittels der Durchführung qualitativer Erhebungs- und Auswertungsmethoden (vgl. Kapitel 5). Die Analyse des Datenmaterials ermöglichte eine Darstellung relevanter Dimensionen der ADHS-Familie aus Sicht der Geschwister, die in dieser Form bisher nicht möglich war. Auf Grundlage dieser ermittelten Relevanzsysteme wurden die maßgeblichen Einflussgrößen auf die befragten Geschwister qualitativ analysiert und ausführlich geschildert (vgl. Kapitel 6).

In den folgenden Punkten werden zentrale Ergebnisse der Studie im Hinblick auf die Fragestellungen diskutiert, um daran anknüpfend weiterführende Themen für mögliche Forschungen anzuregen, die sich auf Grundlage der neuen Befunde ergeben. Zudem erfolgt eine kritische Betrachtung der Studie.

### 9.1 Forschungsfragen

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen eine Vielzahl unterschiedlicher Verarbeitungsmodi und Beziehungserfahrungen der ADHS-Geschwister im familiären sowie außerfamiliären Kontext auf. Damit bestätigte sich, was Achilles (2013, 90) bereits in Bezug auf Geschwister behinderter Kinder im Allgemeinen fand, in einem besonderen Feld noch einmal. Demnach ist die Entwicklung der interviewten Personen ebenfalls in keiner Weise festgelegt. Es zeigte sich, dass die interviewten Kinder sowohl unter ihrer speziellen Situation leiden als auch äußerst positiv mit ihr umgehen und Ressourcen generieren können. Abhängig war das Erleben der untersuchten Kinder

von verschiedensten Einflussfaktoren. Aus diesem Grund können keine pauschalen Aussagen getroffen werden. Vor diesem Hintergrund ermöglichte die Studie ein differenziertes Bild, mit einer Vielzahl sehr wertvoller sowie interessanter Erkenntnisse über die Familiendynamik bei ADHS-Kindern. In Bezug auf die eingangs aufgestellten Forschungsfragen gelang es, Antworten zu finden, die einen wissenschaftlichen Mehrwert schaffen und somit im Rahmen der Arbeit mit ADHS-Kindern und deren Familien einbezogen werden sollten, um einen Beitrag zur besseren Bewältigung der familiären, schulischen sowie persönlichen Situation sicherstellen zu können. Bislang war die Forschungslage in Punkto „Geschwisterbeziehung bei Kindern mit ADHS“ äußerst rar bzw. fast ausschließlich auf den anglo-amerikanischen Raum begrenzt (vgl. Kapitel 4.8.4).

Im Folgenden werden die relevantesten Erkenntnisse in Anbetracht der Forschungsfragen vorgestellt.

Entgegen den bisher angeführten Studienergebnissen z. B. von Kendall (1999), die eine dominierend konfliktreiche Beziehung der Geschwister zum ADHS-Kind schildern, gilt es im Rahmen der vorliegenden Arbeit festzuhalten, dass die Mehrzahl der interviewten Kinder und Jugendlichen in der Lage waren, positive Aspekte der Geschwisterbeziehung zu benennen. Hilfreich dabei und ausschlaggebend für eine gute Bewältigung zeigten sich insbesondere gemeinsame Aktivitäten, gegenseitige Hilfestellungen sowie das Zulassen negativer Emotionen dem Geschwister mit ADHS gegenüber. Der Beziehung zu den Eltern und der Umgang mit ihnen sind an dieser Stelle eine hohe Bedeutung zuzuschreiben. Ist das Verhältnis geprägt von einer guten Kommunikation und ausreichend Wertschätzung, wirkt sich dies offenbar sehr begünstigend auf die Familiendynamik aus. Weiterhin wird der hohe Einfluss freundschaftlicher und weiterer sozialer Beziehungen der Geschwister ersichtlich. Diese waren nahezu durchgängig vorhanden und bildeten eine dem Anschein nach enorme Ressource in Bezug auf die Bewältigung familiärer Schwierigkeiten. Anhand einer ebenfalls sehr ressourcenorientierten Befragungsstrategie gelang es, eine Vielzahl begünstigender Bewältigungsmechanismen ans Tageslicht zu bringen und somit die eher auf negative Aspekte ausgerichtete Forschungslage zu ergänzen.



Weiterhin erweisen sich einige Strategien als verstärkt ungünstig für die psychische Entwicklung der Befragten, wie das stetige Zurückhalten eigener Emotionen und Bedürfnisse. Die daraus resultierende Taktik des „Rückzugs“ wurde dominant im Rahmen der Interviews angeführt und fand vielfach, im übertragenen Sinne, neben der Familie auch bei Freunden Anwendung. Ein Teil der Geschwister bewertete diese Konfliktlösestrategie als sehr hilfreich, entlastend und gewinnbringend. Ein weiterer Teil hingegen äußerte, keine andere Lösung zu sehen und ließ eine Art Resignation deutlich werden. Eine gering ausgeprägte familiäre Kommunikation, auch im Hinblick auf die Störung des Geschwisters, erwies sich eher als beziehungshemmender Faktor. Ebenfalls scheint sich die häufige Abwesenheit der Väter als negativ auf die Familiendynamik auszuwirken, da ohne diese eine offenbar wichtige Unterstützung nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist. Diese wichtige Erkenntnis unterstützt zudem die Ansicht von z. B. Hollstein (2012, vgl. Kapitel 4.5), die heutige Erziehung sei zum größten Teil ohne Vater und stattdessen „weiblichkeitsüberfrachtet“.

Obwohl die Frage nach Medikamenten des ADHS-Geschwisters im Rahmen des Interviews nicht explizit gestellt wurde, berichteten einige der Kinder und Jugendlichen über einen positiven Effekt der Psychostimulanzieinnahme in Bezug auf das Verhalten sowie die schulischen Leistungen des Bruders bzw. der Schwester. Von besonderem Interesse erwies sich hierbei, dass Geschwisterkinder mit einer weniger guten Beziehung bzw. starken Rückzugstendenzen der Medikation des ADHS-Geschwisters einen extrem hohen positiven Effekt auf der Verhaltensebene beimessen.

Im Gegensatz dazu zeigte sich, dass die interviewten Kinder, die eine positive Geschwisterbeziehung sowie eine offene familiäre Kommunikation beschrieben, eine Medikamenteneinnahme gar nicht erwähnten oder verstärkt betonten, diese sei hilfreich für die Schule, hätte jedoch überhaupt keinen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung. Einige benannten sogar, den Bruder als fröhlicher bzw. angenehmer wahrzunehmen, wenn er die Medikamente nicht genommen habe.

Ausgehend hiervon sollte zukünftig verstärkt die Diskussion entstehen, inwieweit eine medikamentöse Therapie der ADHS-Symptomatik verhindert bzw. reduziert werden könnte. Ressourcenorientierte, familienbasierte Maßnahmen sollten eine wichtige Komponente diesbezüglich darstellen, denn der hohe Einfluss familiärer

Kommunikation und Beziehungsgestaltung ist aufgrund der gewonnen Erkenntnisse aus der empirischen Studie offenbar nicht von der Hand zu weisen.

Im Hinblick auf einen Vergleich der aus den Interviews erlangten Ergebnissen mit den vorab im Theorieteil erarbeiteten Themen in Bezug auf Geschwister allgemein und Geschwister behinderter Kinder lassen sich einige Überschneidungen erkennen. Somit wurde beispielsweise deutlich, dass auch die Aussagen im Interview auf das Vorhandensein bestimmter „Geschwisterrollen“ hinweisen, wobei das ADHS-Geschwister nicht selten eine „Komplementärrolle“ einzunehmen scheint. Vor allem die Übernahme von Verantwortung durch die älteren Geschwister ohne ADHS wurde in der Theorie sowohl als protektiver Faktor allgemein als auch speziell bei Kindern mit einem behinderten Geschwister angeführt und deckte sich ebenfalls mit einigen Aussagen der Befragten. Sowohl im Hinblick auf Geschwisterbeziehungen allgemein als auch in Bezug auf Geschwister behinderter Kinder wurden Einflussfaktoren angegeben, die Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung besitzen, beispielsweise das individuelle Verhältnis der Eltern zu den einzelnen Geschwistern, die Bevorzugung und Benachteiligung durch Eltern sowie der Erziehungsstil der Eltern. Daran anknüpfend zeigten sich Ressourcen und weitere Ansatzpunkte zur Bewältigung als ebenfalls sehr ähnlich mit denen bei Kindern mit behinderten Geschwistern. Somit wurde im Rahmen der Studie deutlich, dass ADHS als Störungsbild offenbar in Bezug auf die Familie und insbesondere auf die Geschwister sehr ähnliche Belastungen bewirkt oder im Umkehrschluss vielfach identische protektive Faktoren bestehen wie bei der Behinderung eines Geschwisterkindes. Demnach könnte sich ggf. aus den bislang vorhandenen familien- und geschwisterorientierten Hilfsmaßnahmen, die in dem Bereich existieren, bedient werden und diese auf Familien und Geschwister von ADHS-Kindern übertragen bzw. modifiziert werden.

Die Forschungsfrage, inwieweit auf Grund der Interviewaussagen eine Typenbildung erfolgen kann, wurde im 8. Kapitel dieser Arbeit dargestellt und beantwortet. Die dort angeführten vier Geschwistertypen zeigen unterschiedliche Charakteristika auf, die sowohl hilfreich für die psychische Entwicklung erscheinen als auch einen eher ungünstigen Einfluss besitzen.

Der Typus „Verständnisvoll/Zurückhaltend“ lässt zuallererst eine positive Bewältigung erkennen. Weiterhin begünstigend für die persönliche Entwicklung zeigt sich sowohl der Typus „Gelassen/Positiv gestimmt“ als auch der Typus „Vorbild/Helfer“ (vgl. Kapitel 8.2). Somit gilt es festzuhalten, dass Geschwister, die den eben genannten Typen zuzuordnen sind, vorrangig eine annehmbare bis gute Geschwisterbeziehung schildern und die Beziehung zu den Eltern ebenfalls als primär positiv bewerten, was den Großteil der befragten Gruppe ausmacht. Wobei sich in Bezug auf den erst genannten Typus spekulieren lässt, inwieweit sich eine derartig ausgeprägte Form der Zurückhaltung und des Verständnisses möglicherweise im Verlauf des Lebens als hinderlich darstellt. Wenn diese Haltung zu stark erfolgt bzw. sich auf andere Lebensbereiche überträgt, besteht ggf. die Gefahr eines allgemeinen Mangels an Durchsetzungsvermögen. Der Typus „Angepasst/still leidend“, erweist sich als eher ungünstig im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung der Geschwister. Dieser charakterisiert sich insbesondere durch ein teils direkt kommuniziertes, erhöhtes Leiden, dem wenig entgegengesetzt wird. Verstärkte Anpassung zeigt sich hierbei als dominante Strategie.

Bezüglich der Fragen, für welchen Bereich (Beratung, Therapie, Schule) die gewonnenen Erkenntnisse aus der Studie Relevanz besitzen und welche Konsequenzen sich daraus für diese Gebiete ableiten lassen, ergeben sich verschiedene Anregungen. Zuallererst untermauert sowohl die durchgeführte Studie als auch der zuvor dargestellte Theorieteil, dass Geschwisterbeziehungen einen hohen Einfluss auf die Entwicklung besitzen und somit einen erhöhten Stellenwert einnehmen sollten. Die angeführten Studien in Kapitel 4.8.4 sowie die gewonnenen Erkenntnisse der empirischen Untersuchung belegen, dass auch im Rahmen der ADHS-Therapie familienbasierte Maßnahmen stärker in den Fokus rücken müssten. Dies lässt sich aufgrund der Annahme schlussfolgern, dass der familiären Dynamik ein beachtlicher Einfluss auf die Symptomatik einer ADHS zugesprochen werden kann. Überlegenswert wären an dieser Stelle, wie zuvor oben erwähnt, ebenfalls ähnliche Hilfsangebote für die Geschwister von ADHS-Kindern, wie sie bereits für Geschwister behinderter Kinder existieren. Dies begründet sich durch die aufgezeigten Parallelen hinsichtlich der Belastungen und Ressourcen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit liefern anhand

der Einteilung in Kategorien sowie der vorgenommenen Typisierung wichtige Hinweise darauf, welche Strategien zur Bewältigung als förderlich und welche eher als hinderlich für die familiäre Dynamik und die spätere Entwicklung der Geschwister geltend gemacht werden können. Hierauf aufbauend ist es sinnvoll und notwendig, diese neuen Erkenntnisse für die Therapie und Beratung bei ADHS zu nutzen. Ein Beispiel hierfür wäre die stärkere Einbindung der Väter und der Geschwister in die Therapie des ADHS-Kindes. Ersteres wäre hochgradig sinnvoll, da die Abwesenheit des Vaters offenbar einen hohen Einfluss auf die Symptomatik besitzt, ebenso wie dessen Präsenz und klare Autorität. Geschwisterkinder haben, den Aussagen zur Folge, ebenfalls einen, nicht von der Hand zu weisenden, gegenseitigen Einfluss, den es positiv zu nutzen gilt.

Auffällig häufig wurden Situationsunterschiede zwischen Schul-, Wochenend- und Ferienzeit beschrieben, in dem Sinne, dass an Schultagen die ADHS-Symptomatik deutlich stärker in Erscheinung tritt und damit auch negativeren Einfluss auf die Familien- bzw. Geschwistersituation hat. Hieraus ergibt sich die Anregung, den Umgang mit ADHS in der Schule bzw. aus anderer Perspektive die Belastungssituation der ADHS-Kinder in diesem Kontext näher zu analysieren und sukzessive zu versuchen, Verbesserungen herbeizuführen. Würde es an dieser Stelle gelingen, den besonderen Bedürfnissen eines ADHS-Kindes in der Schule besser gerecht zu werden, bestünde sicherlich die Möglichkeit, von einer Medikation des Schülers mehr und mehr abzusehen. Dies wäre äußerst ratsam aufgrund der bereits dargestellten Problematik, dass noch nicht ausreichend bekannt ist, welche gesundheitlichen Folgen Psychopharmaka für die Kinder nach sich ziehen (vgl. Kapitel 4.7.1).

## **9.2 Kritische Betrachtung der Studie und Hinweise für weitere Forschungen**

Das Ziel der Studie, Charakteristika der familiendynamischen Situation von Geschwistern ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher aus deren Perspektive zu ermitteln, konnte gemäß Planung, Durchführung und erwarteter Ergebnisfülle sowie -vielfalt erreicht werden und zu den aufgestellten Forschungsfragen wurden Antworten gefunden.

Zu beachten ist, dass Interviews Momentaufnahmen darstellen und in der Kindheitsforschung Besonderheiten bestehen, die teilweise eindeutige Ergebnisse erschweren und Gefahren der Fehlinterpretation beinhalten. Zu erwähnen ist hierbei auch, dass bei anschließender Sichtung der Transkripte durchaus an einigen Stellen auffiel, dass eine stärkere Nachfrage ggf. weitere Erkenntnisse bzw. Schärfungen hätte bringen können. Die Ergebnisse wurden in einem Experten-Team diskutiert, jedoch fand keine zusätzliche Kodierung der Interviews durch andere Personen statt.

Da es sich um eine qualitative Untersuchung und damit vergleichsweise um eine geringe Stichprobenanzahl handelt, wurden nur wenig repräsentative Aussagen über Besonderheiten bzgl. Alter und Geschlecht von ADHS- und Geschwisterkindern möglich. An dieser Stelle bestehen somit auch Ansatzpunkte für weiterführende Untersuchungen und größere Stichproben. Auch könnten Forschungen daran ansetzen, bestimmte Merkmale ebenfalls quantitativ zu erfragen und auszuwerten.

Die Einbeziehung weiterer Familienmitglieder (Eltern, Großeltern, ADHS-Kind) wäre zur ganzheitlichen Erfassung der Familiendynamik aufgrund unterschiedlicher Betrachter wahrscheinlich sinnvoll. Ebenso wäre eine Langzeitbetrachtung interessant, da in dieser Studie nur eine Lebensphase (Kindheit und Jugendalter) beachtet wurde und damit eine Analyse der Geschwisterbeziehung im Laufe des Lebens nicht realisierbar war. Ebenfalls von Interesse wäre es, die Familiendynamik zu untersuchen, wenn zwei Kinder eine ADHS-Diagnose besitzen, was im Rahmen der klinischen Praxis eine häufige Realität darstellt. Zudem wäre der Einbezug von Migrantenfamilien in Untersuchungen von besonderem Reiz, um daraus sich womöglich ergebende, kulturspezifische Unterschiede darzulegen.

## Literaturverzeichnis

- Abikoff, H. B. & Gittelman, R. (1985): Hyperactive children treated with stimulants: Is cognitive training a useful adjunct? *Archives of General Psychiatry*, 42, 953-961.
- Abikoff, H. B. (1991): Cognitive training in ADHS children: less to it then meets the eye. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 205-209.
- Abikoff, H. B.; Hechtman, L.; Klein, R. G.; Gallagher, R.; Fleiss, K., Etcovitch, J.; Cousins, L.; Greenfield, B.; Martin, D. & Pollack, S. (2004): Social functioning in children with ADHS treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Adademy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 820-829.
- Achilles (2005/2010/2013): "... und um mich kümmert sich keiner!": Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder. Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Adler, A. (1994): *Lebensprobleme: Vorträge und Aufsätze*. Fischer Verlage: Frankfurt am Main.
- Ahrbeck, B. (Hrsg.) (2007): *Hyperaktivität – Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Ahrbeck, B. (2009): Das hyperaktive Kind, die multimodale Therapie und die evidenzbasierte Medizin. In: *Kinderanalyse*, 17. Jg., H. 4, 366-387.
- American Adademy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36. 85-121.
- American Adademy of Child and Adolescent Psychiatry (2002): Practice Parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41. 26-49.
- Banaschewski, T. & Döpfner, M. (2014): DSM-5 - Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42 (4), 2014. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG: Bern. 271–277.
- Bank, S. P. & Kahn, M. D. (1994 & 2003): *Geschwister-Bindung*. dtv: München.

Barkley, R. A. (1997): Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHS. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barmer GEK (Hrsg.) (2013): Barmer-GEK-Arztreport, Teil: 2013 = 2011. Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS, Asgard-Verlag, St. Augustin; Mehrteiliges Werk zugehörig zur Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse; Bd. 18. (Barmer GEK, Hrsg. ab 2010).

Bedford, V. H. (1993): Relationships between adult sibilings. In: Auhagen, A. E. & von Salisch, M. (Hrsg.) (1993): *Handbook of aging and the family*. Greenwood Press: Westport, CT. 201-222.

Bergmann, W. (2010): ADHS in der Schule. Wie Eltern ihren Kindern helfen können. Beltz: Weinheim & Basel.

Bernstein, A. C. (1990): *Die Patchwork-Familie*. Kreuz-Verlag: Zürich.

Biederman, J.; Faraone S. V.; Mick, E.; Spencer, T.; Wilens, T.; Kiely, K. et al. (1995): High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. In: *American Journal of Psychiatry*, 152. 431-435.

Biederman, J.; Faraone S. V.; Monuteaux, M. C.; Bober M. & Cadogen, E. (2004): Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder. In: adults, revisited. *Biol Psychiatry*, 55. 692–700.

Blacher, J.; Baker, B. L. & MacLean, W. E. (2007): Positive Impact of Intellectual Disability on Families. In: *American Journal on Mental Retardation*: Sept. 2007, Vol. 112, No. 5. 330-348.

Blachman, D. R. & Hinshaw, S. P. (2002): Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30. 625-640.

Borowski, D.; Bovensiepen, G.; Dammasch, F.; Hopf, H.; Staufenberg, H. & Streeck-Fischer, A. (2010): Leitlinie zu Aufmerksamkeits und Hyperaktivitätsstörungen. In: *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, Jg. 41, Nr. 146. 238-274.

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Klett-Cotta: Stuttgart.

Brandau, H.; Pretis, M. & Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. Reinhardt: München & Basel.

Brody, E. M.; Hoffman, C.; Kleban, M. H. & Schoonover, C. B. (1989): Caregiving daughters and their local siblings: Perceptions, strains, and interactions. In: *The Gerontologist*, 29. 529–538.

Brody, G. H., Stoneman, Z., Davis, C. H., Crapps, J. M., Malone, D. M. (1991): Ascribed Role Relations Between Children with Mental Retardation and Their Younger Siblings. In: *American Journal on Mental Retardation*, 111. 1-14.

Buddeberg, C. (Hrsg.) (2004): *Psychosoziale Medizin*. Springer: Berlin & Heidelberg.

Bundesärztekammer (2005): Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – Langfassung.  
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2015):  
<http://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/mitteil2015/pm7-2015.html>

Büschges, G. (1989): Gesellschaft. In: Endruweit, G. & Trommsdorff, G. (Hrsg.): *Wörterbuch der Soziologie*. Bd. 1: Abhängigkeit und Hypothese. Enke: Stuttgart.

Carr, J. (2005): Families of 30-35-Year Olds with Down's Syndrome. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18. 75-84.

Cierpka, M. (2001): Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Psychiatrie*, 50. 440-453.

Cohen, N. J.; Sullivan, J.; Minde, K.; Novack, C. & Helwig, C. (1981): Evaluation of the relative effectiveness of methylphenidate and kognitive behavior modification in the treatment of kindergarten-aged hyperactive children. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9. 43-54.

Czerwenka, K.; Bolvansky, R. & Kinze, W. (1997): *Hyperaktive Kinder*. Ein Elternhandbuch. Beltz: Weinheim & Basel.

DeBellis, M. D.; Keshavan, M. S.; Clark, D. B.; Casey, B. J. Giedd, J. N.; Boring A. M.; Frustaci, K. & Ryan, N. D. (1999): Developmental traumatology. Part II: Brain development. In: *Biological Psychiatry*, 45. 1.271-1.284.



Delfos, M. F. (2012): "Sag mir mal...". Gesprächsführung mit Kindern, (8. Aufl.). Beltz: Weinheim.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland; Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Klinik- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln.  
<http://www.uni-duesseldorf.de/www.awmf>.

DeVito, E. E.; Blackwell, A. D.; Clark, L.; Kent, L.; Dezser, A. M.; Turner, D. C.; Aitken M. R. & Sahakian, B. J. (2009): Methylphenidate improves response inhibition but not reflection-impulsivity in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In: Psychopharmacology, 202. 531–539.

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2009): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, (7. Aufl.). Huber: Bern.

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, (5. Aufl.). Huber: Bern.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998): Die multimodale Therapie von Kindern mit hyperkinetischen Störungen. In: Der Kinderarzt, 2. 171-334 und 3. 331-335.

Döpfner, M. & Sattel, H. (1992): Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperkinetischen Störungen im Vorschulalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 19. 254-262.

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C. (2006): Kinder-Diagnostik-System (KIDS 1): Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. Hogrefe: Göttingen.

Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2007): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) (4. Aufl.). Beltz: Weinheim & Basel.

Döpfner, M.; Breuer, D.; Wille, N.; Erhart, M.; Ravens-Sieberger, U. & Bella Study Group (2008): How often do children meet ICD-10/ DSM-IV criteria of Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder? Parent based prevalence rates in a national sample-results of the BELLA study. In: European Child and Adolescent

Psychiatry, 17 (supplement 1). 59-70.

Döpfner, M.; Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000): Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Bd.1). Hogrefe: Göttingen.

Döpfner, M.; Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), (2. Aufl.). Hogrefe: Göttingen.

Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G. & Sevecke, K. (2004/2007): Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. UNI-MED Verlag AG: Bremen, London, Boston.

Dulcan, M. (1997): Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry, 36. 85-121.

Ecarius, J.; Fubs, B. & Brake, A. (1998): Methodenprobleme in der Kindheitsforschung. In: Büchner, P.; Du Bois-Reymond, M.; Ecarius, J.; Pubs, B.; & Krüger, H.-H. (Hrsg.): Teenie-Welten. Aufwachsen in drei europäischen Regionen (37-62). Leske & Budrich: Opladen.

Engelbert, A. (1999): Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder. Juventa: Weinheim.

Engstler, H. (1999): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bonn.

Engstler, H. (2001): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemografische Entwicklung in Deutschland. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Berlin.

Faraone S. V. & Biederman J. (1998) Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. In: Biological Psychiatry, 44. 951-958.

Faraone S. V., Biederman J., Weiffenbach B. et al. (1999), Dopamine D4 gene7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. In: American Journal of Psychiatry, 156. 768–770.

Farber, B. (1960): Family Organization and Crisis: Maintenance of Integration in Families with Severely Mentally Retarded Child. Monographs of the Society for

Research in Child Development. 25.

Firestone, P., Kelly, M. J., Goodman, J. T. & Davey, J. (1981): Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. In: Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20. 135-147.

Flick, U. (2002): Qualitative Sozialforschung: eine Einführung. Rowohlt: Reinbek.

Flick, U. (2009): Sozialforschung: Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Rowohlt: Reinbek.

Flick, U.; von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) (2015): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, (11. Aufl.). Rowohlt: Reinbek.

Fonagy, P. & Target, M., (2004): Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In: Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): Adoleszenz, Bindung, Destruktivität. Klett-Cotta: Stuttgart. 105-135.

Freeman, M., & Mathison, S. (2009): Researching children's experiences. Guilford Press: New York & London.

Frick, J. (2009): Ich mag Dich - Du nervst mich! Hogrefe AG: Bern.

Friebertshäuser, B. (2003): Interviewtechniken - ein Überblick. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Beltz-Juventa: Weinheim & Basel. 371-395.

Fuhs, B. (2012): Kinder im qualitativen Interview – Zur Erforschung subjektiver kindlicher Lebenswelten. In: Heinzl, F. (Hrsg.): Methoden der Kindheitsforschung: Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Beltz-Juventa: Weinheim & Basel. 80-103.

Furman, W. (1995). Parenting siblings. In: Bornstein, M. (Hrsg.): Handbook of Parenting. Erlbaum: Hillsdale, NJ. 143-162.

Geißler, L. (2008): Eine empirische Analyse der Typik der Intelligenz-Strukturen bei ADHS-Kindern und Jugendlichen mittels des HAWIK-III im Vergleich mit der Norm-Stichprobe. Dissertation Universität Chemnitz.

Gerhardt, U. (1986): Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Geser, W. (1998): Der Zusammenhang zwischen Geschwisternetzwerk und dem Eltern- und außerfamilialen Netzwerk. In: Zeitschrift für Familienforschung, 10 (1998), 1. 5-25.

Gilmore, K. (2000): A Psychoanalytic Perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Journal of the American Psychoanalytic Association, 48. 1.259-1.293.

Gilmore, K. (2002): Diagnosis, Dynamics, and Development Considerations in the Psychoanalytic Assessment of Children with AD/HD. Diagnosis, Dynamics, and Development. In: Psychoanalytic Inquiry, 22. 372-390.

Gittelman, R.; Klein D. F.; Quitkin, F. & Rifkin, A. (1980): Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: Adults and children. Williams & Wilkins: Baltimore & London.

Görres, S. (1987): Leben mit einem behinderten Kind, überarbeitete Neuauflage. Piper Verlag: München & Zürich.

Greene, R. W.; Biederman, J.; Faraone, S. V.; Monuteaux, M.; Mick, E.; DuPre, E. P. et al. (2001): Social impairment in girls with ADHD: Patterns, gender comparisons, and correlates. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40. 704-710.

Grob, A. & Jaschinski, U. (2003): Erwachsen werden: Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Beltz: Weinheim & Basel.

Grossman, F. K. (1972): Brothers and Sisters of Retarded Children. University Press: Syracuse & New York.

Grünzinger, E. (2005): Geschwister behinderter Kinder. Besonderheiten, Risiken und Chancen. Ein Familienratgeber. Care-Line: Neuried.

Hackenberg, W. (1983): Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder. Schindele: Heidelberg.

Hackenberg, W. (1992): Geschwister behinderter Kinder im Jugendalter - Probleme und Verarbeitungsformen: Längsschnittstudie zur psychosozialen Situation und zum Entwicklungsverlauf bei Geschwistern behinderter Kinder. Spiess Verlag: Zürich.

Hackenberg, W. (2008): Geschwister von Menschen mit Behinderung; Entwicklung, Risiken, Chancen. Reinhardt Verlag: München.

Haubl, R. & Liebsch, K. (Hrsg.) (2010): Mit Ritalin leben. ADHS-Kindern eine Stimme geben. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Hechtman, L.; Abikoff, H.; Klein, R. G.; Greenfield, B.; Etcovitch, J.; Cousins, L. et al. (2004a): Children with ADHS treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: impact on parental practices. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43. 830-838.

Hechtman, L.; Abikoff, H.; Klein, R. G.; Weiss, G.; Resnitz, C.; Kouri, J. et al. (2004b): Academic achievement and emotional status of children with ADHS treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43. 812-819.

Heckmann, C. (2004): Die Belastungssituation von Familien mit behinderten Kindern. Soziales Netzwerk und professionelle Dienste als Bedingungen für die Bewältigung. Winter: Heidelberg.

Heimbold, C. (2008): „Mein Bruder ist kein Zombie!“. Hintergründe, Aufgabenstellungen, Lösungsvorschläge für die praktische Arbeit von Pädagog/innen, Eltern und allen Interessierten in Bezug auf Menschen mit Behinderung und ihren Geschwistern. Edition Tandem: Salzburg.

Heinzel, F. (Hrsg.) (2012): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive, 2. Aufl. Beltz-Juventa: Weinheim & Basel.

Hirsch, M. (1999): Psychodynamik und Identitätsschicksal des Ersatzkindes. In: Sohni, H. (Hrsg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Hirsch, M. (2012): Schuld und Schuldgefühl. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Hodapp, B. (2007): Die erwachsenen Geschwister von Menschen mit Down-Syndrom. In: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter (Hrsg.): Leben mit Down-Syndrom, 54. 78-104.

Hollstein, W. (2012): Das vergessene Geschlecht? Die einseitige Frauenförderung und ihre Folgen. In: Hurrelmann, K. & Schultz, T. (Hrsg.): Jungen als Bildungsverlierer. Brauchen wir eine Männerquote in Kitas und Schulen? Beltz Juventa: Weinheim & Basel.

Hopf, H. (2014): Die Psychoanalyse des Jungen. Klett-Cotta: Stuttgart.

Horn, W. F., Ialongo, N. S., Pascoe, J. M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A. & Puttler, L. (1991): Additive effects of psychostimulants, parent training,

and self-control therapy with ADHD Children. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30. 233-240.

Hülst, D. (2000): Ist das wissenschaftlich kontrollierte Verstehen von Kindern möglich? In: Heinzel, F. (Hrsg.): Methoden der Kindheitsforschung: Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Weinheim: Juventa. 37-55.

Hüther, G. & Bonney, H. (2011): Neues vom Zappelphilipp. ADS verstehen, vorbeugen und behandeln, (12. Aufl.). Patmos-Verlag: Ostfildern.

Hüther, G. & Bonney, H. (2013): Neues vom Zappelphilipp: ADS verstehen, vorbeugen und behandeln, (3. Lizenzausgabe). Beltz Verlag: Weinheim & Basel.

Hüther, G. (2010): „ADS ist Folge veränderter sozialer Erfahrungen in modernen Gesellschaften“. In: Psychologie Heute. März 2010.

Ialongo, N. S.; Horn, W. F.; Pascoe, J. M.; Greenberg, G.; Packard, T.; Lopez, M.; Wagner, A. & Puttler, L. (1993): The effects of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder children: a 9-month follow-up. In: Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry 32. 182-189.

James, A., & Prout, A. (1990): Constructing and reconstructing childhood. Falmer: London.

Jennings, R. L. (1982): Basic considerations in interviewing children. Counseling and Assessment Service. Independence: Iowa.

Jensen, P. S.; Hinshaw, S. P.; Kraemer, H. C.; Lenora, N.; Newcorn, J. H.; Abikoff, H. B. et al. (2001): ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. In: Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry, 40. 147-158.

Jensen, P. S.; Martin, D. & Cantwell, D. P. (1997): Comorbidity in ADHS: Implications for research, practice, and DSM-V. In: Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36. 1.065-1.079.

John, K.; Gammon, G. D.; Prusoff, B. A. & Warner, V. (1987): The social adjustment inventory for children (SAICA): Testing of a new semi-structured interview. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26. 898-911.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001): Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. In: Clinical Child and Family Psychology Review, 4. 183-207.

- Jungbauer, J. (2009): Familienpsychologie kompakt. Beltz: Weinheim & Basel.
- Kahn, E. & Cohen, L. H. (1934): Organic driveness: A brain stem syndrome and an experience. In: New England Journal of Medicine, 210. 748-56.
- Kannicht, R. (2000): Geschwisterbeziehungen in der griechischen Dichtung. In: Klosinski, G. (Hrsg.): Verschwistert mit Leib und Seele. Geschwisterbeziehungen gestern-heute-morgen. Attempto: Tübingen. 59-70.
- Kasten, H. (1993): Die Geschwisterbeziehung. Bd. 1. Hogrefe: Göttingen.
- Kasten, H. (1994). Geschwister : Vorbilder, Rivalen, Vertraute. Springer: Berlin.
- Kasten, H. (1998): Geschwisterbeziehungen im Lebenslauf. In: Wagner, M. & Schütze, Y. (Hrsg.): Verwandtschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge zu einem vernachlässigtem Thema, Bd. 14, Enke: Stuttgart, 147-161.
- Kasten, H. (2001): Geschwister: Vorbilder, Rivalen, Vertraute. (4. Aufl.). Reinhardt Verlag: München.
- Kasten, H. (2003): Geschwister. Vorbilder, Rivalen, Vertraute (5. Aufl.). Reinhardt Verlag: München.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus-Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. VS Verlag: Wiesbaden.
- Kendall, J. (1999): Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In: Family Processes, 38. 117-136.
- Klagsbrun, F. (1993): Der Geschwisterkomplex: Ein Leben lang Liebe, Haß, Rivalität und Versöhnung. Eichhorn: Frankfurt am Main.
- Klein, M. (1957): Neid und Dankbarkeit. In: Psyche, 1957, 11(5). Klett Cotta: Stuttgart. 241-255.
- Kluge, S. (1999): Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der empirischen Sozialforschung. Leske + Budrich: Opladen
- Knölker, U. (2001): Aufmerksamkeits-Defizit /Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS). UNI-MED Verlag: Bremen.
- Kolko, D.; Buckstein, O. & Barron, J. (1999): Methylphenidate and behavior modification in children with ADHD and comorbid ODD or CD: main and incremental

effects across settings. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38. 578-586.

Kränzl-Nagl, R. & Wilk, L. (2000): Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Befragungen unter besonderer Berücksichtigung der Faktoren soziale und personale Wünschbarkeit. In: Heinzl, F. (Hrsg.): Methoden der Kindheitsforschung: Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Juventa: Weinheim. 59-75.

Kratz, O.; Diruf, M. S.; Studer, P.; Gierow, W.; Buchmann, J.; Moll, G. H. & Heinrich, H. (2009): Effects of methylphenidate on motor system excitability in a response inhibition task. In: Behavioral and Brain Functions, Feb. 27; 5. 12.

Krause, R. (2011): Affektentwicklung - männliche Stile der Affektregulation. In: Matthias Franz/Andre Karger (Hrsg.): Neue Männer muss das sein? Risiken und Perspektiven der heutigen Männerrolle. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. 208-229.

Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, (3. akt. Aufl.). VS Verlag: Wiesbaden.

Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S. & Stefer, C. (2008): Qualitative Evaluation, (2. Aufl.). VS Verlag: Wiesbaden.

Kuckartz, U.; Grunenberg, H. & Dresing, T. (Hrsg.) (2007): Qualitative Datenanalyse: computergestützt: Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis. VS Verlag: Wiesbaden.

Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch, (5. Aufl.). Beltz: Weinheim.

Lang, S. (1985): Lebensbedingungen und Lebensqualität von Kindern. Campus Verlag: Frankfurt am Main.

Laufer, M., Denhoff, E., & Solomons, G. (1957): Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. In: Psychosomatic Medicine, 19. 38-49.

Lavin, J. L. & Sproed, C. (2004): Besondere Kinder brauchen besondere Eltern – Behindert oder chronisch krank: Wie Sie Ihr Kind beschützen und es unterstützen können. Oberstebrink Verlag: Ratingen.

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment, In: Pervin, L.A. & Lewis, M. (Hrsg.), Interaction between internal and external determinants of behaviour. New York. 287-327.



Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2006): Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hrsg.): ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. Vadenhoeck & Ruprecht: Göttingen. 118-134.

Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (2006): ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. Vadenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Lobato, D. J., Kao, B. T., Plante, W. (2005): Latino Sibling Knowledge and Adjustment to Chronic Disability. In: Journal of Family Psychology, 19. 625-632.

Lobato, D. J.; Miller, C. T.; Barbour, L.; Hall, L. J. & Pezzulo, J. (1991): Preschool sibling of handicapped children: Interactions with mothers, brothers, and sisters. In: Research in Developmental Disabilities, 12. 387-399.

Marotzki, W. (2003): Leitfadeninterview. In: Bohnsack, R.; Marotzki, W. & Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Leske + Budrich: Opladen.

Mash, E. J., & Johnston, C. (1983): Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. In: Journal of Child Clinical Psychology, 12. 91-99.

Mattner, D. (2006): ADS – Die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Leuzinger-Bohleber M.; Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorien, Forschung, Kontroversen. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz: Weinheim & Basel.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, (11. Aufl.). Beltz: Weinheim & Basel.

Mey, G. (Hrsg.) (2001): Qualitative Forschung in der Entwicklungspsychologie. Potentiale, Probleme, Perspektiven: Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin: Berlin.

Meyer D. J.; Vadasy, P. F. (1994): Sibshops: Workshops for Siblings of Children with Special Needs. Brookes: Baltimore, London, Toronto & Sydney.

Mikami, A. Y. & Pfiffner, L. J. (2008): Sibling Relationships Among Children With ADHD.

In: Journal of Attention Disorder, 11 (4). 482-492.

MTA Cooperative Group (1999a): A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Archives of General Psychiatry, 56. 1.073-1.086.

MTA Cooperative Group (1999b): Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Archives of General Psychiatry, 56. 1.088-1.096.

Nave-Herz, R. & Feldhaus, M. (2005): Die Geschwisterbeziehung aus soziologischer Perspektive. In: Busch, F. W. & Nave-Herz, R. (Hrsg.): Familie und Gesellschaft. Beiträge zur Familienforschung. BIS-Verlag: Oldenburg. 111-125.

Neuhaus, C. (2002): Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Urania Ravensburg Verlag: Berlin.

Neumann-Braun, K. (2001): Sozialer Wandel und die Kommerzialisierung der Kindheit. In: Scholz, G. & Ruhl, A. (Hrsg.): Perspektiven auf Kindheit und Kinder. Leske + Budrich: Opladen. 91-114.

Nipperdey, T. (1993): Deutsche Geschichte 1866–1918, Band 1: Arbeitswelt und Bürgergeist. Beck: München.

Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta: Stuttgart.

Nixon, E. (2001): The social competence of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of the literature. In: Child Psychology and Psychiatry Review, 6. 172-180.

Orsmond, G. I. & Seltzer, M. M. (2007): Siblings of Individuals with Autism or Down Syndrome: Effects on Adult Lives. In: Journal of Intellectual Disability Research, 51. 682-696.

Palm, L. & Eckert, A. (2008): Zur Lebenssituation von Vätern behinderter Kinder – eine Analyse möglicher Belastungen und Ressourcen. In: Eckert, A. (Hrsg.): Familie und Behinderung. Studie zur Lebenssituation von Familien mit einem behinderten Kind. Dr. Kovac: Hamburg.

Pelham W. E. (1985): The effects of stimulant drugs on learning and achievement in hyperactive and learning disabled children. In: Torgesen, J. K. & Wong, B. (Hrsg.): Psychological and educational perspectives on learning disabilities. Academic Press:

New York. 259-295.

Pelham, W. E.; Lang, A. R.; Atkeson, B.; Murphy, D. A.; Gnagy, E. M.; Greiner, A. R. et al. (1997): Effects of deviant child behavior on parental distress and alcohol consumption in laboratory interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25. 413-424.

Perrez, M., Berger, R., Wilhelm, P. (1998): Die Erfassung von Belastungserleben und Belastungsverarbeitung in der Familie: Self-Monitoring als neuer Ansatz. In: *Psychologie, Erziehung, Unterricht*, 45. Reinhardt Verlag: München & Basel. 19-35.

Petermann, F., & Windmann, S. (1993): Sozialwissenschaftliche Erhebungstechniken bei Kindern. In: Markefka, M. & Nauk, B. (Hrsg.): *Handbuch der Kindheitsforschung*. Luchterhaad: Neuwied. 125-139.

Petri, H. (2006): *Geschwister-Liebe und Rivalität. Die längste Beziehung unseres Lebens*. Kreuz Verlag: Stuttgart.

Pfiffner, L. J.; McBurnett, K.; Rathouz, P. J. & Judice, S. M. (2005): Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33. 551-563.

Piaget, J. (1952): *The origins of intelligence in children*. International Universities Press: New York.

Pliszka (1998): Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 59. 50-58.

Polanczyk, G. V.; Willcutt, E. G.; Salum, G. A.; Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. In: *International Journal of Epidemiology*, 43 (2). 434-442.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007): The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. In: *American Journal of Psychiatry*, 164 (6). 942-948.

Reich, K. (2002): *Systemisch-konstruktivistische Pädagogik*. Luchterland: Neuwied.

Remschmidt, H.; Mattejat, F. & Warnke, A. (2008): *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme Verlag: Stuttgart.

Richter, H.-E. (1963): *Eltern, Kind und Neurose. Zur Psychoanalyse der kindlichen Rolle in der Familie*. Klett: Stuttgart.

Rothenberger, A. & Neumärker, K. J. (2005): Wissenschaftsgeschichte der ADHS – Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit. Steinkopff: Darmstadt.

Rufo, M. (2004): Geschwisterliebe-Geschwisterhass. Die prägendste Beziehung unserer Kindheit. Piper: München.

Sanders, R. (2004): Sibling Relationships: Theory and Issues for Practice. Palgrave: Hampshire.

Saß, H.; Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Hogrefe: Göttingen.

Schilling, V.; Petermann, F. & Hampel, P. (2006): Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54 (4). 293-301.

Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B. M. & Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 5/6, 2007. Springer Medizin Verlag: Berlin. 827-835.

Schlack, R.; Mauz, E.; Hebebrand, J. & Hölling, H. (KiGGS Study Group) (2014a): Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt 2014, 57. Springer: Berlin. 820–829.

Schlack, R.; Mauz, E.; Hebebrand, J. & Hölling, H. (KiGGS Study Group) (2014b): <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/375190/umfrage/praevalenz-von-adhs-verdachtsfaellen-unter-kindern-und-jugendlichen-in-deutschland/>

Schneewind, K. A. (1998): Familienentwicklung. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Beltz: Weinheim. 128-166.

Schröder, A. (2006): ADS in der Schule: ADS in der Schule. Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Schürmann, S. & Döpfner, M. (2010): Psychoedukation. In: Steinhausen, H.C.; Rothenberger, A. & Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Technik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung.

Kohlhammer: Stuttgart. 258-271.

Scott, J. (1997): Children as respondents: Methods for improving data quality. In: Lyberg, L.; Biemer, P.; Collins, M.; de Leeuw E., Dippo, C.; Schwarz, N. et al. (Hrsg.): Survey measurement and process quality. Wiley: New York. 331-350.

Seidler, E. (2004): „Zappelphilipp“ und ADHS: Von der Unart zur Krankheit. In: Deutsches Ärzteblatt, 2004, Heft 5, 101. A 239–243.

Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Springer: Berlin.

Seltzer, M. M.; Greenberg J. S., Orsmond G. I. & Lounds J. (2005): Life course studies of siblings of individuals with developmental disabilities. In: Mental Retardation, 43. 354–359.

Smith, A. J.; Brown, R. T.; Bunke, V.; Blount, R. L. & Christopherson, E. (2002): Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Journal of Attention Disorders, 5 (3). 165-177.

Sodeur, W. (1974): Empirische Verfahren zur Klassifikation. Teubner: Stuttgart.

Sohni, H. (2004): Geschwisterbeziehungen in Familien, Gruppen und in der Familientherapie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Sohni, H. (Hrsg.) (1999): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Stainton, T. & Besser, H. (1998): The Positive Impact of Children with an Intellectual Disability on the Family. In: Journal of Intellectual and Development Disability, 23. 57-70.

Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Geburten in Deutschland.

Steinke, I. (2015): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, (11. Aufl.). Rowohlt: Reinbek. 319-331.

Sterba, R. F. (1934): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. In: Zeitschrift für Psychoanalyse, 20. 66-73.

Still, G. F. (1902): Some abnormal psychical conditions in Children. In: The Lancet,

1902, 1: 1.008–1.012, 1.077–1.082, 1.163–1.068.

Stoneman, Z. (1993): Common themes and divergent paths. In: Stoneman, Z. & Berman, P.W. (Hrsg.): The effects of mental retardation, disability, and illness on sibling relationships. Brookes: Baltimore. 355-365.

Stoneman, Z. (2001): Supporting Positive Sibling Relationships During Childhood. In: Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews, 7. 134-142.

Stoneman, Z.; Brody, G. H.; Davis, C. H. & Crapps, J. M. (1987): Mentally Retarded Children and Their Older Same-Sex Siblings: Naturalistic In-Home Observations. In: American Journal on Mental Retardation, 92. 290-298.

Stoneman, Z.; Brody, G. H.; Davis, C. H. & Crapps, J. M. (1988): Childcare Responsibilities, Peer Relations, and Siblings Conflict: Older Siblings of Mentally Retarded Children. In: American Journal on Mental Retardation, 93. 174-183.

Stormont, M. (2001): Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. In: Psychology in the Schools, 38. 521-531.

Streeck-Fischer, A. (2014): Trauma und Entwicklung: Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz, (2. Aufl.). Schattauer GmbH: Stuttgart.

Streeck-Fischer, A. & Fricke, B. (2007): „Lieber unruhig sein als in einem tiefen dunklen Loch eingesperrt.“ Zum Verständnis und zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung aus psychodynamischer Sicht. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56 (2007), 4. 277-299.

Summers, C.; White, K. & Summers, M. (1994): Siblings of Children with a Disability: A Review and Analysis of the Empirical Literature. In: Journal of Social Behavior and Personality, 9. 169-184.

Szyf, M.; Weaver, I. & Meaney, M. (2007): Maternal care, the epigenome and phenotypic differences in behaviour. In: Reproductive Toxicology, 24. 9-19.

Taunt, H. M. & Hastings, R. P. (2002): Positive Impact of Children with Development Disabilities on Their Families: A Preliminary Study. In: Education and Training in Mental Retardation and Development Disabilities, 37. 410-420.

Taylor, E.; Döpfner, M.; Sergeant, J. et al. (2004): European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. In: European Child and Adolescent Psychiatry, 13. 1-6.

Thimm, W. & Wachtel, G. (2002): Familien mit behinderten Kindern. Beltz: Weinheim.

Thimm, W. (2006): Behinderung und Gesellschaft, Texte zur Entwicklung einer Soziologie der Behinderten, Band 2. Universitätsverlag Winter GmbH: Heidelberg.

Tredgold, A. F. (1908): Mental Deficiency (Amentia). London.

Tröster, H. (2001): Die Beziehung zwischen behinderten und nichtbehinderten Geschwistern. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 33. 2-19.

Vaidya, C. J. & Stollstorff, M. (2008): Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder: current status and working hypotheses. In: Development Disabilities Research Reviews Journal, 14. 261-267.

Veith, P. (2000): Jedes Kind braucht seinen Platz. Herder: Freiburg.

Vogl, S. (2012): Alter und Methode. Ein Vergleich telefonischer und persönlicher Leitfadeninterviews mit Kindern. VS Verlag: Wiesbaden.

Von Lüpke, H. (2006): ADHS – Was Kinder umtreibt. Enttäuschte Suche nach Klarheit. <http://www.bkj-ev.de/pdf/fachartikel/ADHS-Kinder-umtreibt.pdf>.

Wagner Lenzin, M. (2007): Elternberatung: die Bedeutung von Beratung in Bewältigungsprozessen bei Eltern mit ihrem Kind mit Behinderung. Haupt Verlag: Bern.

Walper, S. & Tippelt, R. (2002): Methoden und Ergebnisse der quantitativ orientierten Kindheits- und Jugendforschung. In: Krüger, H.-H. & Grunert, C. (Hrsg.): Handbuch Kindheits- und Jugendforschung. Leske + Budrich: Opladen. 189-224.

Weaver, T. L. (2009): Epigenetic effects of glucocorticoids. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 14. 143-150.

Weber, M. (1904/1988): Die „Objektivität“ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: ders.: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Hrsg. von Winkelmann, J. (7. Aufl.). Mohr: Tübingen, 146-214. (Zuerst erschienen 1904 in: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik, Bd. 19, 22-87).

Weisner, T. S. (1993): Ethnographic and Ecocultural Perspectives on Sibling Relationship. In: Stoneman, Z. & Berman, P.W. (Hrsg.): The effects of mental retardation, disability, and illness on sibling relationships. Brookes: Baltimore. 51-83.

Wender, P. H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Kohlhammer: Stuttgart.

Wilens, T.; Youcha, S. H.; Lyne, A.; Grannis, K.; Children, A.; Findling, R. L. (2010): A multisite placebo-controlled trial of morning or evening dosed extended-release guanfacine in combination with psychostimulants in children and adolescents; Paper presented at: Scientific Meetings of the Society of Biological Psychiatry; New Orleans: May, 2010.

Wilgosh, F.; Scorgie, K.; Fleming, D. (2000): Effective Life Management in Parents of Children with Disabilities: a survey replication and extension. Development Disabilities Bulletin 28. 1-14.

Williams, P. D.; Williams, A. R.; Graff, J. C.; Hanson, S.; Stanton, A.; Hafeman, C.; Liebergen, A.; Leuenberg, K.; Setter, R. K.; Ridder, L.; Curry, H.; Barnard, M. & Sanders, S. (2002): Interrelationships Among Variables Affecting Well Siblings and Mothers in Families of Children with a Chronic Illness or Disability. In: Journal of Behavioural Medicine, 25. 411-424.

Winkelheide, M. (1991): Ich bin doch auch noch da. Trialog: Bremen.


Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz: Weinheim.

Zeicher, H. (1996) Editorial: Zugänge zu Kindheit. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 16. 6-8.



## Anhang

### 1. Elterninformationsblatt



HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

## „Geschwistern von ADHS-Kindern eine Stimme geben“

Wissenschaftliche Studie

Liebe Eltern,

im Rahmen meines Promotionsprojektes führe ich eine Studie mit Geschwistern von ADHS-Kindern durch. Zentrale Fragestellung ist dabei, welche Beziehungserfahrungen und Bewältigungsstrategien Geschwisterkinder im Kontext der Familie besitzen.

Ziel der Studie ist es, Erkenntnisse über die Bedürfnisse von Kindern mit ADHS-Geschwistern zu erlangen und somit weiterhin mögliche Konsequenzen für Beratung und Therapie bei ADHS herauszustellen.

Hierzu möchte ich das Geschwisterkind in einem Interview nach seiner Situation und Meinung zu bestimmten Themen befragen.

Das Interviewgespräch wird zu einem Ihnen möglichen Termin in der Praxis stattfinden und die Dauer von 60 Min. nicht überschreiten.

Alle Daten werden natürlich vertraulich behandelt und nur anonym in der Studie verarbeitet.


Wenn Sie bzw. Ihr Kind Interesse haben, an dieser Studie teilzunehmen, setze ich mich gerne telefonisch mit Ihnen in Verbindung, um weitere Details zu klären und Fragen zu beantworten.

Ich würde mich über die Teilnahme Ihres Kindes an dieser Studie sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen

*Anja Birck*

**Unsere Meinung  
ist wichtig!**



**Anja Birck**

Dipl. Rehabilitationspädagogin, Systemische Therapeutin, Doktorandin der Humboldt Universität zu Berlin  
Mobil: 0176 / 21228242, Mail: birckanj@student.hu-berlin.de

Quelle: eigener Entwurf.

## 2. Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zum Interview / Datenschutz	
Forschungsprojekt	Betrachtung der Familiendynamik bei ADHS-Kindern aus der Geschwisterperspektive
Projektverantwortliche/Interviewerin	Anja Birck
Name der/des Interviewteilnehmer(s)in und Name des Erziehungsberechtigten	
Interviewort und -datum	Praxisgemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie <div style="background-color: black; height: 15px; width: 150px;"></div> Datum:

Ich erkläre mich dazu bereit, dass meine Tochter/mein Sohn im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilnimmt. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert. Die Teilnahme am Interview erfolgt *freiwillig* und ich bzw. meine Tochter/mein Sohn kann das Interview jederzeit abbrechen und meine/ihre o. seine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass mir/ihr o. ihm dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der Projektverantwortlichen in Schriftform gebracht wird. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben zu meiner Tochter/meinem Sohn aus dem Text entfernt und/oder anonymisiert. Mir wird außerdem versichert, dass das Interview in wissenschaftlichen Veröffentlichungen nur in Ausschnitten zitiert wird, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der in den Interviews mit den Erzählungen meiner Tochter/meines Sohnes entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen meine Tochter/meinen Sohn nicht als Person erkennbar macht. Zugang zur Bandaufnahme haben Bearbeiter/in, Betreuer/in und Projektmitglieder.

---

Ort, Datum
Unterschrift

Quelle: eigener Entwurf nach Mustervorlage des Projekts Qualiservice, Universität Bremen, Februar 2013.

### 3. Statistikbogen zum Vorab-Ausfüllen durch die Eltern

#### Statistikbogen für Eltern

Der Statistikbogen dient dem Zweck, diese Fragen den Kindern nicht stellen zu müssen, um damit einerseits Interviewzeit einzusparen und andererseits zu verhindern, dass falsche Aussagen getroffen werden. Weiterhin ist Ziel dieser Daten, eine ebenfalls quantitative Auswertung vornehmen zu können.

Ich bitte Sie daher freundlichst, die unten gewünschten Angaben nach eigenem Ermessen auszufüllen. Natürlich werden auch diese, wie bereits in der Einverständniserklärung erläutert, vertraulich bzw. anonym behandelt!

	Name	Geb.datum	Schule	Klasse
Interviewtes Kind				
Kind mit ADHS				
Weitere Kinder (auch im Haushalt lebende Stiefgeschwister)				

---

#### Alter der Eltern bzw. Stiefeltern (generell nur, wenn im Haushalt lebend)

Mutter:

Vater:

Ggf. Stiefmutter:

Ggf. Stiefvater:

---

#### Familiensituation (bitte zutreffendes ankreuzen)

Zusammenlebend: ☐ Ja ☐ Nein

wenn „Nein“, Kind(er) wohnhaft bei

Mutter ☐ Vater ☐

Stiefmutter wohnt mit im Haushalt ☐ Stiefvater wohnt mit im Haushalt ☐

Wohnsituation (zutreffendes bitte ankreuzen):

Einfamilienhaus ☐ eher ländliche Wohngegend ☐

Mehrfamilienhaus ☐ eher städtische Wohngegend ☐

Kinder haben eigenes Zimmer: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Nein“, wie ist die Zimmerteilung?

\_\_\_\_\_

Schul- und Berufsabschluss der Eltern sowie jetzige Tätigkeit:

	Schulabschluss	Berufsabschluss	derzeitige Tätigkeit
<b>Mutter</b>			
<b>Vater</b>			
<b>ggf. Stiefmutter</b>			
<b>ggf. Stiefvater</b>			

\_\_\_\_\_

Sonstige Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelle: eigener Entwurf.

## 4. Kategorie-Leitfaden

	Kategorienbezeichnung	Definition der Kategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
HK 1	Geschwisterbeziehung			
SK 1	Beschreibung des Geschwisterkindes	Aussagen über Verhalten des Geschwisters sowie Attributszuschreibungen. Sowohl positiv als auch negativ	<p>Positiv:  <i>„...sensibel und kann manchmal auch richtig nett sein.“ (Milla, 3)</i></p> <p>Negativ:  <i>„Hmm, ja also meistens nervt er mich und wir verstehen uns nicht gut. Der rastet immer so aus und so.“ (Anna, 3)</i></p>	Es wurde seitens des Interviewers noch nicht direkt nach pos. und neg. Aspekten gefragt.
SK 2	Positive Aussagen über das Geschwisterkind	Aussagen bezüglich was Geschwister an ADHS Kind mögen/gut finden	<i>„Ich mag an ihm, dass er immer für mich da ist. Dass er gut auf mich aufpasst und ja, wenn ich mal nicht weiterkomme...“ (Maria, 6)</i>	Nur Antworten auf die direkte Frage nach positiven Dingen
SK 3	Gemeinsame Aktivitäten	Aussagen gemeinsamer Aktivitäten mit dem Geschwisterkind betreffend	<i>„Ja, also manchmal spiele ich halt mit ihm, wenn ihm langweilig ist. Oder wir gucken auch manchmal zusammen einen Film. Oder, also wir spielen halt so ein Spiel auf dem Handy...“ (Melanie, 16)</i>	Ausschließlich Aktivitäten mit dem Geschwisterkind, keine bei der weitere Personen involviert sind

SK 4	Streit mit dem Geschwisterkind	Aussagen über Streit- bzw. Konfliktsituationen mit dem ADHS- Geschwister	<i>„Da haben wir fangen gespielt und irgendwann hatte er keine Lust mehr. Dann hat er mich getreten. Dann habe ich den zurück getreten. Dann hat er mich auf den Boden gelegt und zweimal auf meinen Arm gesprungen.“ (Jens, 35)</i>	Schilderungen der Streitsituationen sowie die Nennung möglicher Gründe
SK 5	Konfliktlösestrategien	Aussagen bezüglich der Konfliktlösung nach einem Streit mit dem Geschwister	<i>„Da gehe ich in mein Zimmer und er bleibt dann da wo er war oder so. Und dann mache ich so meine Dinge und dann am Abend ist wieder immer alles ganz normal.“ (Lucy, 51)</i>	
SK 6	Einfluss von Medikamenten	Alle Aussagen in Bezug auf die Medikation des Bruders bzw. der Schwester	<i>„...aber wenn er Medikamente nimmt, dann ist der ganz normal oder sogar noch besser. Sag ich mal als andere Menschen.“ (Milla, 3)</i>	
SK 7	Gegenseitige Hilfe	Beschreibungen, wann Geschwister sich gegenseitig helfen und wobei	<i>„Ich helfe ihm regelmäßig bei den Hausaufgaben, wenn er von der Schule kommt, helfe ich ihm mal ab und zu, wenn er was nicht versteht und ja,...“ (Stefan, 41)</i>	

SK 8	Sorge um das Geschwisterkind	Alle Nennungen in Bezug auf eine mögliche Sorge das Geschwisterkind betreffen	<i>„Ja, halt ob das irgendwann mal aufhört. Ob er sich mal irgendwann in Griff kriegt. Das weiß ich halt nicht und dann mache ich mir Sorgen.“</i>	Sorge bezieht sich auf Situationen aus der Vergangenheit oder auch mögliche Zukunftsängste bezüglich des Geschwisters
SK 9	Geschwisterbeziehung im Verlauf des Lebens	Aussagen betreffend den Vergleich der Geschwisterbeziehung „heute“ und „früher“	<i>„Ich schätze mal, also früher war das dann/ da war das ja noch nicht so ganz offenbar, dass er diese Krankheit hat so. Hatte er früher noch keine Tabletten dagegen. Ja, und er kriegt halt jedes Jahr neue, also immer stärkere. Und dann wird er auch immer ruhiger.“ (Stefan, 49)</i>	
HK 2	Beziehung zu den Eltern			
SK 1	Beschreibung des Verhältnisses zu den Eltern	Aussagen, die das Verhältnis zu den Eltern beschreiben	Beispiel Mutter: <i>„Ich kuschel gerne mit meiner Mama (...) Oder ich gehe auch gerne mit der in die Stadt.“ (Melanie, 60/62)</i>  Beispiel Vater: <i>„Mein Vater der ist oft auf Geschäftsreise und das ist manchmal dann sehr schwer.“ (Lara, 150)</i>	Allg. Aussagen über sowohl Mutter als auch Vater, die etwas über die Beziehung bekannt geben.
SK 2	Gemeinsame Zeit/Aktivitäten	Beschreibungen gemeinsamer Aktivitäten mit den Eltern/der Familie	<i>„Ja, und Samstag machen wir mal dies, gehen zum Tierpark oder gehen halt einfach mal in</i>	Auch gemeinsame Zeit mit einem Elternteil oder der gesamten Familie

			<i>die Stadt, machen was zusammen. Denken uns dann immer was Neues aus.“ (Stefan, 70)</i>	
SK 3	Umgang mit Problemen	Aussagen darüber, was der/die Befragte tut, wenn er/sie ein Problem bzw. Schwierigkeiten hat	<i>„Also ich kann eigentlich jeden in meiner Familie fragen, wenn ich irgendwo ein Problem hat.“ (Stefan, 67)</i>	Aussagen müssen nicht unbedingt die Eltern einbeziehen
SK 4	Streit mit den Eltern	Aussagen in Bezug auf Streitsituationen und deren mögliche Ursache	<i>„Ich bin halt nicht so gut in der Schule wegen den ganzen Noten von den Arbeiten, weil ich dann halt immer so einen Blackout bekomme und ich dann halt gar nichts weiß. Und meine Mama halt in letzter Zeit immer sagt, das wäre eine Ausrede, aber das gar nicht so ist, weil sie sagt ich lerne gar nicht. Das stimmt halt gar nicht, deswegen streiten wir uns halt auch immer.“ (Jana, 185)</i>	Ebenfalls Aussagen über Streit der Eltern mit ADHS-Geschwister sowie Ursachen
SK 5	Konfliktlösestrategien	Aussagen bezüglich der Konfliktlösung nach einem Streit mit den Eltern sowie des Umgang mit Streit	<i>„Ja, dann gehe ich halt in mein Zimmer und dann will ich auch alleine sein, meine Ruhe haben.“ (Jana, 189)</i>	Auch Lösungsstrategien und Umgang des ADHS-Kindes bei Streit mit den Eltern



SK 6	Häusliche Pflichten	Aufgaben, die im Haushalt von allen Kindern übernommen werden müssen oder auch nicht sowie eine gerechte Verteilung derer	<p>„Ja, jeder hat so seine Aufgaben. Wie Müll raus bringen, Spülmaschine ausräumen, mal wischen usw. Aber wenn mein Bruder gerade wieder auf 180 ist, macht er nichts davon und bevor es total ausartet, mach ich es, oder meine Mutter. Wenn gerade aber die Stimmung ok ist, hält auch er sich an die Pflichten.“ (Anna, 52)</p>	Immer im Vergleich zum Geschwisterkind mit ADHS zu sehen
SK 7	Subjektive Sicht der Familie im Vergleich zu anderen	Aussagen darüber, wie die befragte Person die Familie im Vergleich zu der eines z. B. Freundes wahrnimmt	<p>„Also der Tom, er ist halt anders. Der Tom ist halt ein bisschen aufgedrehter und so. Und das ist halt das, was unterscheidet dann. Aber nicht im schlechten Sinne. Nur im Guten.“ (Mika, 117)</p> <p>„Ja, bei meinen Freund, also dem seine Schwester, von meinem Kumpel, die hat keine ADHS, die ist halt etwas ruhiger, die streiten sich natürlich auch, machen das glaube ich alle. Nur da ist es halt etwas ruhiger, also nicht so aufgeköcht. Also, bei uns ist schon mehr Stimmung (...). Aber tauschen will ich</p>	

SK 8	Wünsche für die Familie	Aussagen über individuelle Wünsche für die Familie	<p>nicht.“(Anton, 302/304)</p> <p>„Ich würde mir wünschen, dass mein Bruder anders ist, halt nicht so aggressiv und beleidigend. Das wäre für uns alle eine riesen Erleichterung. Da das schwierig ist, da er ja nun mal so ist wie er ist, hoffe ich zumindest, dass er bald ein Medikament kriegt, was bis abends anhält und nicht schon nachmittags aufhört zu wirken. Das wäre auch viel entspannter, denke ich.“ (Anna, 70)</p>	Betrifft sowohl Wünsche für eine Person oder für die gesamte Familie
HK 3	Schule und weitere soziale Beziehungen			
SK 1	Schule	Aussagen in Bezug auf Schule der Befragten und des ADHS-Geschwisters, d. h. wie diese erlebt wird	<p>„In der Schule da geht es mir eigentlich ziemlich gut.“ (Milla, 183)</p> <p>„Glaube ich nicht. Der wäre lieber zuhause als in der Schule.“ (Maria, 134)</p>	Auch Aussagen das Lernen, Hausaufgaben, Lehrer und Mitschüler betreffend
SK 2	Freundschaftliche Beziehungen	Gesagtes in Punkto freundschaftlicher Beziehungen, auch in Bezug auf das Geschwisterkind mit ADHS und wie Freunde auf Bruder/Schwester reagieren sowie umgekehrt	<p>„(...)Also bin ich froh, wenn ich meine Freunde habe und einfach mit ihnen Spaß habe, weggehen kann und so was halt. Über andere Probleme, mit Schule oder Lehrern, rede ich schon mit ihnen und sie mit mir.</p>	Aussagen über Streit mit Freunden werden ausgeklammert und kommen der Folgenden Kategorie vor

			<p><i>Das hilft auch, dann brauche ich damit meine Mutter nicht auch noch zu nerven.“</i> (Anna, 44)</p> <p><i>„Ich weiß, er hat nicht viele Freunde.“</i> (Amelie, 121)</p>	
SK 3	Streit und Konfliktlösestrategien mit Freunden	Aussagen bezüglich möglicher Konflikte mit Freunden sowie deren Lösung und Umgang damit. Auch das ADHS-Geschwister betreffend	<p><i>„Mit meinen Freundinnen hatte ich eigentlich noch nie Streit.“</i> (Milla, 195)</p> <p><i>„Ich lege einfach auf und so. Ist aber auch öfters, wenn ich mit Freunden/ wenn ich Streit habe, dann sind/ also dann fangen die meistens an irgendwie und ich bleibe dann einfach zurück oder lege auf und habe keinen Bock mehr.“</i> (Ole, 163)</p>	
SK 4	Weitere Bezugspersonen	Aussagen über die Beziehung zu weiteren Bezugspersonen und deren Stellenwert	<p><i>„Mit meiner Patentante. Und dann machen wir manchmal auch einen Ausflug zusammen. Auch mit meinen Geschwistern dann zusammen.“</i> (Milla, 235)</p>	Aussagen zu Freunden und Eltern werden nicht kodiert

Quelle: eigene Darstellung.